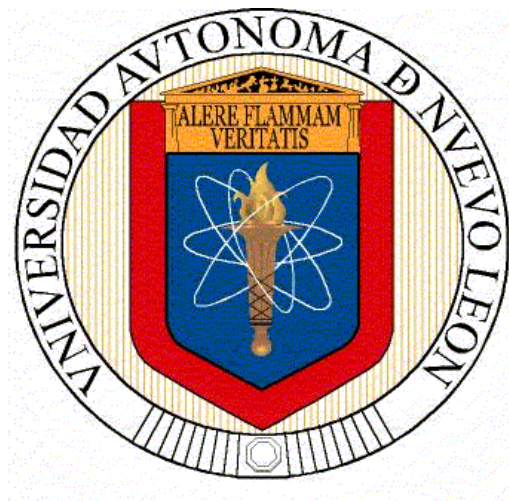


**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**



**“EL DESEO INCESTUOSO Y LA INSATISFACCIÓN EN LA HISTERIA. UN
ESTUDIO DE CASO.”**

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

**PRESENTA:
LIC. MARTHA ROBERTA GARZA TAMEZ**

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRIA EN
PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN CLÍNICA PSICOANALÍTICA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN

FEBRERO DE 2014

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN



“EL DESEO INCESTUOSO Y LA INSATISFACCIÓN EN LA HISTERIA.
UN ESTUDIO DE CASO”

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO
COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN EN
CLÍNICA PSICOANALÍTICA

PRESENTA:

LIC. MARTHA ROBERTA GARZA TAMEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. MANUEL GUADALUPE MUÑOZ GARCÍA

MONTERREY, NUEVO LEÓN

FEBRERO DE 2014

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por su presencia y apoyo para iniciar este proyecto.

A mi analista, por acompañarme en este camino, siempre en la búsqueda de la verdad; gracias por trabajar conmigo en este proceso tan importante que es mi análisis.

A Diego, por estar a mi lado, por su paciencia, por su apoyo y por alentarme siempre a seguir adelante con mis proyectos.

Al Dr. Manuel Muñiz, por su apoyo como director de tesis, como supervisor y como maestro; gracias por confiar en mí y por permitirme colaborar en proyectos que han significado para mí grandes oportunidades de aprendizaje y de desarrollo profesional.

A mis revisoras de tesis, Dra. Edith Pompa y Dra. Blanca Montoya, por sus valiosas observaciones a mi trabajo y su apoyo en este proceso.

A mis maestros, por acompañarme en mi proceso de aprendizaje, y a mis supervisores, el Dr. Guillermo Vanegas, la Mtra. Celia Guerra, el Dr. Manuel Muñiz y la Dra. Edith Pompa, por su escucha y su guía para conducir el tratamiento de mis pacientes.

Al maestro Rodolfo Álvarez, por su supervisión y sus valiosas aportaciones a través de sus seminarios y sus textos. Gracias por formar parte importante en mi formación.

A mis pacientes, por permitirme acompañarlos en su proceso; cada día me sigo asombrando del funcionamiento del psiquismo y se refrenda mi interés y placer por el trabajo clínico.

A mis alumnos, por enseñarme tanto y por permitirme compartir con ustedes valiosas experiencias de aprendizaje.

Al Dr. Armando Peña, por su apoyo constante, pero sobre todo, por la confianza que ha depositado en mí para colaborar como docente y tutora de esta facultad. Agradezco enormemente esta valiosa oportunidad.

A Elenita, por todo el apoyo administrativo; muchas gracias.

A quienes me han apoyado de una u otra manera y que me han permitido compartir mis logros, Mtra. Sonia Garza, Dra. Lety Áncer, Samanta Sosa, Ana Charles, Óscar Landeros, Juan Becerra, Viridiana Martínez, Jorge Abarca, Carlos Echeverría; gracias.

Por último y no por ello menos importante, agradezco a mis amigos, por estar ahí y compartir tantas experiencias juntos.

Muchas gracias.

ÍNDICE

Agradecimientos.....	2
Resumen.....	6
Introducción.....	7
CAPÍTULO I. ANTEPROYECTO DE REPORTE.....	11
Antecedentes.....	12
Objetivo General.....	15
Objetivos Específicos.....	15
Supuestos.....	15
Limitaciones y Delimitaciones.....	16
Justificación.....	16
CAPÍTULO II. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	18
Neurosis histérica: antecedentes y conceptualización Freudiana.....	19
El complejo de Edipo.....	28
Complejo de Edipo en la niña.....	31
Deseo incestuoso.....	32
Castración.....	34
Fantasma edípico.....	37
Insatisfacción en la histeria.....	39
<i>Tendencia a la repetición.....</i>	<i>40</i>
Modelo teórico utilizado en el presente estudio de caso.....	41
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS.....	44
Método.....	45
Dispositivo analítico.....	45

Encuadre psicoanalítico.....	46
Proceso analítico.....	47
Instrumentos.....	48
CAPÍTULO IV. ESTUDIO DE CASO CLÍNICO.....	50
Historial Clínico.....	51
Descripción general.....	51
Motivo de consulta.....	52
Demanda de tratamiento.....	53
Estructuración subjetiva.....	54
Sintomatología.....	66
Impresión diagnóstica.....	66
Construcción de caso clínico.....	68
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN.....	119
Síntesis de la Intervención Clínica.....	120
Discusión y conclusiones personales.....	122
Referencias.....	126

RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como objetivo general analizar la incidencia del deseo incestuoso en la estructuración de un cuadro histérico y el papel de la insatisfacción constante como motor del deseo de la histérica, articulando los fundamentos teóricos expuestos con la intervención clínica llevada a cabo con una paciente con un cuadro histérico. Se utilizó el *método psicoanalítico*, también llamado *método de la asociación libre*, enmarcado en el enfoque cualitativo.

El modelo teórico utilizado tiene como base la teoría freudiana y algunos autores posfreudianos como André Green y Juan David Nasio. Los principales conceptos trabajados son el complejo de Edipo, el deseo incestuoso, la castración, el fantasma edípico y la insatisfacción, todos estos desde la lógica de la histeria.

Se partirá del supuesto teórico de que la permanencia en un estado de insatisfacción constante tiene que ver con una defensa contra la angustia ante el peligro de vivir la satisfacción del deseo incestuoso; se analizó lo anterior en el caso de la paciente, ubicando el fantasma edípico que ha resurgido en el presente, así como su reposicionamiento frente a la castración a partir del trabajo analítico, lo que permitió que buscara un tipo de relación distinto que le resultara más placentero, para lo cual, el reconocimiento de su propio deseo fue fundamental.

La paciente logró hacer varios movimientos importantes: renuncia al chico idealizado con el cual no se concretaba una relación de noviazgo y el comienzo de una relación distinta, así como el cuestionamiento acerca de su vocación profesional y la

consiguiente decisión de trabajar en lo que ella quería, a pesar de la posible decepción del padre.

INTRODUCCIÓN

En el presente estudio de caso, se aborda el cuadro clínico de la histeria, particularmente en torno al deseo incestuoso y la insatisfacción constante, resultando fundamental el análisis del Complejo de Edipo y la lógica de la castración. Por un lado, resulta interesante revisar los aspectos que tienen que ver con el desarrollo de una neurosis histérica, mismos que tienen lugar en la infancia, y por otro lado, es importante tener en cuenta la manera en que esta neurosis se va a manifestar en la edad adulta. Es por eso que en este trabajo se considera pertinente trabajar la cuestión del complejo de Edipo y algunos elementos fundamentales que se juegan en él, como el deseo incestuoso, el papel de la castración y el fantasma edípico, así como la reedición de lo anterior en el presente. El fantasma edípico va a permear las relaciones que establezca la paciente en la etapa adulta, y el hecho de que permanezca en una insatisfacción constante va a jugar un papel protector contra la angustia ante la amenaza del cumplimiento del deseo incestuoso.

Me parece importante investigar esta temática en función del contexto actual, ya que los casos de neurosis histérica que llegan al consultorio hoy en día presentan una sintomatología un tanto distinta a la que aparecía varios años atrás; sin embargo, los elementos fundamentales que tienen que ver con la explicación de la estructuración de un cuadro histérico siguen siendo los mismos, como la teoría del conflicto psíquico, el complejo de Edipo y su tipo particular de resolución, el posicionamiento de la histérica frente a la castración, entre otros aspectos que serán trabajados en el curso del presente estudio de caso.

La elección del presente caso se hizo en función del interés personal por comprender el cuadro clínico de la histeria con base en un caso supervisado, donde el material obtenido permite hacer una valoración de la sintomatología de inicio, observar el tipo de relación que la paciente establece con los otros, y en particular, el vínculo entre el complejo de Edipo y la dinámica de sus relaciones de pareja; resulta interesante ver cómo el fantasma edípico resurge en el presente y cómo la paciente se protege contra la angustia ante la amenaza del cumplimiento del deseo incestuoso mediante la búsqueda inconsciente de permanecer insatisfecha.

En el primer capítulo se expone el anteproyecto de reporte, que consiste en una descripción de los antecedentes del cuadro clínico histérico, así como el planteamiento de los objetivos, supuestos, limitaciones, delimitaciones y justificación. En el segundo capítulo se expone la fundamentación teórica que me llevó a plantear un modelo teórico particular para la realización del análisis del caso; el tercer capítulo versa sobre la metodología y procedimientos llevados a cabo. El cuarto capítulo comprende el estudio de caso clínico, conformado por el historial clínico de la paciente, su estructuración subjetiva y la construcción del caso, misma que se hizo mediante el establecimiento de categorías para el análisis del material clínico, en donde se incluyeron fragmentos de viñetas de sesiones; este capítulo resulta de especial importancia debido a que es donde se articula la práctica con la teoría, de tal suerte que se pueda apreciar la intervención clínica y los avances de la paciente con un sustento teórico. En el quinto y último capítulo se hace una síntesis de la intervención clínica, así como la discusión y las conclusiones personales.

Considero importante compartir los hallazgos del presente estudio de caso, ya que, si bien, cada caso es singular y es difícil hacer generalizaciones, sí se pueden encontrar ciertas coincidencias que pueden ayudar al entendimiento de otros casos similares. Asimismo, me parece importante alentar la realización de futuras investigaciones alrededor de esta temática para lograr cada vez más una mejor comprensión de los cuadros histéricos y hacer contribuciones a la teoría.

CAPÍTULO I

ANTEPROYECTO DE REPORTE

ANTECEDENTES

La histeria ha sido uno de los cuadros clínicos de gran interés para quienes trabajan en la clínica psicoanalítica. Actualmente llegan a la consulta varios casos de neurosis histérica, lo que habla de que es una cuestión actual; sin embargo, su estudio data de varias décadas atrás. Formalmente, se habla de histeria desde su descubrimiento como tal por el que es considerado el padre del psicoanálisis: Sigmund Freud, pero hay noticia de ésta desde mucho tiempo antes, sólo que las explicaciones que se daban a este fenómeno eran distintas.

Entre las primeras explicaciones a este cuadro se encuentra la de Hipócrates, quien pensaba que lo que ocasionaba la histeria era el desplazamiento del útero de abajo hacia arriba; posteriormente, durante el cristianismo se atribuían los síntomas histéricos a una desmesura, a una posesión demoníaca o un mal provocado por las brujas (Kauffman, 1996). Más adelante, en el Renacimiento, se volvió a la idea de que la histeria es una enfermedad derivada de causas internas y naturales.

El primer momento en donde se atribuye por primera vez a la histeria un fundamento psíquico es en el siglo XVII, siendo considerado por Sydenham y Pinel como un desorden de las pasiones con consecuencias somáticas. A partir del siglo XVIII, autores como Mesmer, Braid y principalmente Charcot, distinguen una corriente distinta, llamándola magnetismo, fluido o sugestionabilidad. Charcot introduce la expresión *histeria traumática*, que designa a la histeria consecutiva a un traumatismo psíquico. Utilizó la hipnosis con mujeres histéricas en la Salpêtrière, lo cual sirvió para demostrar sus hipótesis (Kauffman, 1996, & Roudinesco & Plon, 1998). Más adelante,

Freud comienza a trabajar este fenómeno, comenzando por la teoría del trauma o de la seducción hasta llegar a la teoría del conflicto psíquico inconsciente como causa principal de la histeria, en donde el complejo de Edipo juega un papel fundamental; se vuelve importante el análisis de las fantasías infantiles, como la fantasía de seducción, así como el papel fundamental de la castración simbólica y el fantasma edípico que resurgirá en la etapa adulta.

Con respecto al tratamiento, en 1880 se utilizaban supuestas curas para la histeria que actuaban sobre el cuerpo, como dietas, aguas minerales, medicamentos, así como la electroterapia, la hidroterapia, la balnearioterapia, la metaloterapia, la magnetoterapia y la mecanoterapia. Después se comenzó a utilizar la hipnosis, como en el caso de Charcot (Rodrigué, 1996). Posteriormente, Freud comienza a utilizar la hipnosis; sin embargo, al hallarla ineficaz para la resolución del conflicto psíquico, la dejó de utilizar, y en cambio, introduce un método que sí resulta efectivo para este fin, que es el método de la *asociación libre*, utilizado actualmente.

Si bien fue Freud quien introdujo la teoría de la histeria, ésta se ha seguido desarrollando, destacando autores como Otto Fenichel y Lacan, así como psicoanalistas más recientes como Juan David Nasio, Joel Dor, Jaques André, Serge André y Colette Soler.

Me parece importante continuar investigando acerca del tema de la histeria, y si bien muchas de las aportaciones teóricas de Freud y psicoanalistas posfreudianos siguen ayudando a dar explicación a lo que se observa en la clínica, es necesario mantener una actitud de búsqueda constante, de cuestionamiento acerca de la propia

práctica y de la misma teoría, lo cual nos puede llevar a encontrar cosas distintas que enriquezcan el trabajo analítico. Finalmente, lo que me ha llevado a interesarme en la investigación de la histeria es el deseo por hacer cada vez más un mejor trabajo clínico, ofreciendo a mis pacientes un espacio en donde se abra la posibilidad de entender su sufrimiento y, en la medida de lo posible, que puedan avanzar hacia una libertad que se puede lograr mediante la develación y reconocimiento de su verdad inconsciente y que, con base en ello, puedan tomar decisiones distintas que resulten en un menor sufrimiento.

OBJETIVO GENERAL

- Analizar la incidencia del deseo incestuoso en la estructuración de un cuadro histérico y el papel de la insatisfacción constante como motor del deseo de la histérica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar cómo la resolución de su Complejo de Edipo marca el tipo de neurosis.
- Distinguir la relación entre el deseo incestuoso y la insatisfacción en la histeria.
- Identificar la manera en que el fantasma edípico se manifiesta en la elección de pareja y la elección de profesión.

SUPUESTOS

- La forma en que se resuelve el Complejo de Edipo determina el tipo de neurosis que el sujeto desarrolla.
- La insatisfacción es consecuencia de la incapacidad de la histérica para elaborar el Complejo de Edipo, y ésta la protege contra la angustia de vivir el goce máximo de la satisfacción del deseo incestuoso.
- El fantasma edípico resurge en la edad adulta, haciéndose presente en las relaciones que el sujeto establece y en sus decisiones en otros ámbitos, como en el profesional.

LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

El análisis de un caso clínico me parece importante porque permite identificar los planteamientos teóricos respecto de la histeria en la dinámica de un tratamiento de corte psicoanalítico; sin embargo, al tratarse de un caso singular, no es posible hacer generalizaciones, es decir, los conocimientos teóricos y técnicos generados a partir del presente estudio serán válidos únicamente para este caso.

En el contexto institucional se pueden observar varios aspectos que interfirieron con el tratamiento. Tal es el caso de la disponibilidad de los espacios de trabajo y horarios; se hicieron cuatro cambios de cubículo y de horario. Asimismo, en ocasiones se escuchaba ruido, debido a la cercanía de los cubículos entre sí y porque en ocasiones se hacían actividades con la participación de un número considerable de personas.

En el presente caso, el propósito de la intervención analítica es que la paciente haga conscientes las razones por las cuales se vincula de determinada manera con las personas significativas en su vida, como sus papás, su hermana, y en particular con los hombres, para que pueda hacer cambios en función de lograr vincularse de una manera menos neurótica con ellos, y que pueda establecer una relación de pareja que le resulte satisfactoria.

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio será de utilidad para mí debido a que la neurosis histérica es un cuadro que se sigue presentando en la actualidad, aunque de manera diferente a

épocas anteriores, en donde aparecían síntomas conversivos, con manifestaciones corporales llamativas. Ahora la sintomatología aparece de manera distinta, con manifestaciones menos dramáticas o teatrales. Se pretende analizar cómo la neurosis histérica desarrollada por una paciente determina el tipo de relación que ésta establece con los hombres.

Por otro lado, me parece importante que se siga haciendo investigación alrededor de los diferentes cuadros clínicos, ya que, como se mencionó anteriormente, pueden ir dándose cambios en la sintomatología. Sin embargo, cabe aclarar que las propuestas de autores clásicos como Freud siguen vigentes, y es con base en dichos fundamentos que se sigue construyendo el conocimiento.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

En el presente capítulo, se plantea el marco teórico en el cual se fundamentó el análisis del caso, de manera que se pueda dar cumplimiento a los objetivos planteados previamente. Se hará un breve recorrido histórico acerca de la histeria, registro en el cual se mueve la paciente, hasta llegar a la última concepción Freudiana acerca de la misma. Asimismo, se trabajarán los aspectos que determinan el desarrollo de una neurosis histérica, siendo el aspecto central el complejo de Edipo, en el cual emerge un deseo incestuoso y aparece la castración, imponiéndose así la ley de la prohibición del incesto; asimismo, se abordará el concepto de fantasma, en particular el fantasma edípico, que va a estar ligado al deseo incestuoso y que va a resurgir en el presente, y la cuestión de la insatisfacción constante. Asimismo, se revisará el concepto de realidad psíquica, ya que es donde lo anterior tiene lugar. Finalmente, se expondrá de manera esquemática el modelo teórico construido.

Neurosis histérica: antecedentes y conceptualización Freudiana

La palabra histeria se deriva del griego *hystera* (matriz o útero); se creía que se trataba de un déficit funcional de un órgano sexual concerniente a las mujeres. Hipócrates le atribuyó un origen uterino, afirmando que lo que producía los síntomas como las convulsiones, la parálisis, el nudo en la garganta, la sofocación, entre otros, era el desplazamiento del útero de abajo hacia arriba. El remedio propuesto consistía en hacer volver el útero a su lugar supuestamente natural por medio de relaciones sexuales, trabajos manuales y embarazos (Kauffman, 1996, & Roudinesco & Plon, 1998).

Posteriormente, durante el Cristianismo, se habló de que el goce del sexo no podía ser un remedio, sino que los síntomas provenían de una desmesura, de una lucha entre Dios y Satán; estos síntomas eran el signo del triunfo de las fuerzas del mal sobre el espíritu. Tal era el caso de las posesiones demoníacas (Kauffman, 1996); las convulsiones y las sofocaciones eran consideradas intervenciones de un diablo engañador que simulaba enfermedades y entraba en el cuerpo de las mujeres para poseerlas (Roudinesco & Plon, 1998). Los exorcistas eran quienes intervenían en esos casos para liberar a las mujeres de aquello que se pensaba que era una fuerza maligna. Otros pensaban la histeria como un mal provocado por las brujas; era decisivo obtener del embrujado o embrujada el nombre de la bruja, para castigarla quemándola viva ante el pueblo (Kauffman, 1996).

Más adelante, en el Renacimiento, se volvió a la idea de que la histeria es una enfermedad derivada de causas internas y naturales. En el siglo XVII, Sydenham y Pinel le atribuyen por primera vez a la histeria un fundamento psíquico, como un desorden de las pasiones con consecuencias somáticas. A partir del siglo XVIII, autores como Mesmer, Braid y principalmente Charcot, distinguen una corriente distinta, llamándola magnetismo, fluido o sugestionabilidad. Charcot introduce la expresión *histeria traumática*, que designa a la histeria consecutiva a un traumatismo psíquico; utilizó la hipnosis con mujeres histéricas en la Salpêtrière para demostrar sus hipótesis (Kauffman, 1996, & Roudinesco & Plon, 1998).

Con respecto al tratamiento, en 1880 se utilizaba un gran número de supuestas curas para la histeria, las cuales se basaban en dietas, aguas minerales, medicamentos como valeriana, antiespasmódicos, narcóticos, antipiréticos, estimulantes, preparados ferruginosos, digitalina y atropina. Además de estos, se utilizaba la electroterapia, la hidroterapia, la balnearioterapia, la metaloterapia, la magnetoterapia y la mecanoterapia. Después, la hipnosis, que será descrita más adelante, se puso de moda a comienzos del siglo XIX, cayendo con el paso del tiempo en un descrédito, e incluso Breuer la dejó de utilizar (Rodrigué, 1996).

Breuer habló del caso de Anna O. y de la “insania moral”, expresión introducida por James Cowles Prichard en la primera mitad del siglo XIX. La insania moral era padecida principalmente por mujeres; ésta precedía a lo que en el siglo siguiente se conocería como *neurosis* (Rodrigué, 1996).

Freud hace su primera publicación acerca de la histeria en *Estudios sobre la histeria* (1893/ 2000) junto con Breuer; ambos autores habían estado investigando acerca de las causas que ocasionaban el fenómeno en cuestión, lo cual implicaba revisar cómo se produjo por primera vez. Este primer episodio suele remontarse muy atrás en el tiempo; asimismo, descubrieron que se trata de vivencias que al paciente le son desagradables, por lo cual no las comentan, o bien, no las recuerdan. A partir de estas observaciones, Freud y Breuer (1893/ 2000) afirman que es preciso utilizar la hipnosis para despertar en los pacientes los recuerdos de aquél tiempo en que el síntoma afloró por primera vez, para dilucidar el nexos causal entre el proceso ocasionador y el fenómeno patológico.

Asimismo, Freud y Breuer (1893/ 2000) plantean la *teoría del trauma psíquico*, el cual es conceptualizado como el afecto de horror ante determinada vivencia; van a obrar como trauma psíquico las vivencias que susciten los afectos penosos del horror, la angustia, la vergüenza y el dolor psíquico, y lo que va a hacer que tal vivencia se haga valer como trauma, será la sensibilidad de la persona afectada. Los recuerdos de las vivencias transcurridas hace tiempo son susceptibles de empalidecerse o perder efectividad, lo cual va a depender de si ante el suceso afectante se reaccionó enérgicamente o no, es decir, si se reaccionó de manera adecuada o no; esta reacción tiene que ver con la descarga de los afectos, que pueden ir desde el llanto hasta la venganza. Si la reacción fue sofocada, el afecto va a quedar ligado al recuerdo; esta reacción tendría solo un efecto catártico, y el ser humano es capaz de sustituir mediante la acción por medio del lenguaje, lo cual es denominado por Freud como “abreacción”.

Mediante la abreacción, se buscaba que los síntomas histéricos desaparecieran; se hacía despertar con plena luminosidad el recuerdo del proceso que ocasionó la histeria, convocando al mismo tiempo el afecto acompañante, es decir, se buscaba que el paciente describiera ese proceso de la manera más detallada posible y que expresara en palabras el afecto. De esta manera, se hacía liberar mediante la palabra el afecto que había quedado estrangulado.

Por otro lado, en ese mismo texto los autores mencionan que la abreacción no es el único modo de tramitación de que dispone el mecanismo psíquico normal de la persona cuando ha experimentado un trauma psíquico, sino que también su recuerdo, aunque no se lo abreaccione, entra en el complejo de la asociación, se inserta junto a

otras vivencias que lo contradicen, y es rectificado por otras representaciones. Un ejemplo que plantean es cuando tras un accidente, al recuerdo de peligro y a la repetición del terror se acopla el recuerdo de lo que luego sobrevino, que es el rescate, la conciencia de la actual seguridad (Breuer & Freud, 1893/ 2000).

A partir de estas dos maneras en que se puede tramitar el trauma, se plantea que si a las representaciones devenidas patógenas les es denegado el desgaste por abreacción o por reproducción por medio de la asociación, éstas se conservan tan frescas y con tanto vigor afectivo como cuando ocurrieron anteriormente (Breuer & Freud, 1893/ 2000).

En esa época hablaban también de la escisión de la conciencia, o doble conciencia, que consiste en una inclinación a disociar, y con ello, al surgimiento de estados anormales de conciencia, conocidos también como estados hipnoides. Breuer y Freud (1893/ 2000) plantean que en dichos estados se encuentra el recuerdo del trauma psíquico, y es por eso que empleaban la técnica de la hipnosis para que el paciente rescatara en estado hipnoide los recuerdos y los afectos situados ahí, trayéndolos a la conciencia. Asimismo, planteaban que si un paciente está en estado hipnoide o con cierta somnolencia antes de que se contraiga la enfermedad manifiesta, está en las condiciones óptimas para que el afecto se instale al recuerdo patógeno junto con los fenómenos somáticos que esto conlleva; lo anterior es llamado por Freud y Breuer como *histeria de predisposición*. Por otro lado, puede ser que un trauma grave o una sofocación trabajosa pueden producir una escisión de grupos de representaciones aun en quienes este fenómeno no preexistía, y éste sería el mecanismo de lo que los autores denominan *histeria adquirida psíquicamente*.

Breuer y Freud hablan también, en *Estudios sobre la histeria* (1893/ 2000), de los *ataques histéricos*, citando a Charcot, quien hace una descripción esquemática del *gran ataque histérico*, el cual comprende cuatro fases: la epileptoide, la de los grandes movimientos, la de las *attitudes passionnelles* (fase alucinatoria), y la del delirio terminal. La tercera fase es en la que Breuer y Freud se enfocan; es la fase que intentan explicar. La actitud pasional, cada vez que aparece, contiene la reproducción alucinatoria de un recuerdo sustantivo para el estallido de la histeria; es el recuerdo del gran trauma o los traumas parciales afines, lo cual aparece en un momento de particular predisposición.

Freud finalmente abandona la hipnosis y comienza a lidiar con un nuevo juego de fuerzas en el interior del psiquismo. Infirió que si las histéricas podían recordar las causas traumáticas de sus síntomas, a pesar de sus protestas iniciales, lo que estaba operando era una resistencia que debía ser superada misma que consiste en una fuerza psíquica, llamada *represión*, que se opone a que las representaciones patógenas devengan conscientes. A partir de esta nueva idea y del descubrimiento que Freud hace respecto a la naturaleza dinámica, conflictiva y complementaria de las fuerzas en juego, se produce el desacuerdo entre él y Breuer acerca de la importancia de los estados hipnoides en la formación del síntoma histérico.

Tiempo después, Freud trata de hacer que el contenido inconsciente del paciente advenga consciente mediante una presión que él ejercía con su mano sobre la frente del sujeto; le daba la instrucción de que cuando él dejara de hacer dicha presión, tendría que recordar el suceso traumático. Poco después deja de utilizar este método y empieza a dejar a sus pacientes asociar libremente; comienza a dejar que el enfermo

mismo determine el tema del trabajo cotidiano, partiendo entonces de la superficie que el inconsciente ofrece a su atención en cada caso. De esta manera, el inconsciente va aflorando en ciertos momentos del discurso, y así, el contenido patógeno adviene consciente y los síntomas dejan de aparecer. La desventaja que Freud advierte es que así se obtiene fragmentado y entramado en diferentes contextos y en diferentes épocas lo que corresponde a la solución de un síntoma; sin embargo, considera que la nueva técnica es muy superior a la anterior, e incluso, afirma que es la única posible; él compara esta técnica con el trabajo de los arqueólogos, quienes tras largas excavaciones, logran sacar a la luz restos mutilados de la antigüedad (Freud, 1905/ 2000).

Algo que es importante considerar es la incapacidad de los enfermos para dar una exposición ordenada de su biografía en lo referente a su historial clínico, lo cual no sólo es característico de la neurosis, sino que tiene que ver con lo siguiente: a) el enfermo se guarda consciente y deliberadamente una parte de lo que le es bien conocido y debería contar; b) su saber anamnésico no le acude durante el relato, sin que él se proponga guardárselo; c) amnesias reales, lagunas de la memoria en las que han caído recuerdos tanto antiguos como muy recientes, o paramnesias, que se forman secundariamente para llenar esas lagunas (Freud, 1905/ 2000).

Cabe destacar que posteriormente, la teoría del trauma es abandonado y Freud comienza a pensar en la posibilidad de que lo que el paciente refiere como un abuso sexual por parte del padre, sea una fantasía que se produce en la infancia, la cual es recordada por el paciente como real; en el caso de que el trauma fuera real, estaríamos ante la presencia de sujetos perversos al por mayor, haciendo referencia a los padres.

Cuando Freud abandona la teoría de la seducción, reconoció el conflicto psíquico inconsciente como causa principal de la histeria. Roudinesco y Plon proponen su propia interpretación acerca de los giros que va tomando la propuesta de Freud con respecto a la etiología de la histeria; mencionan que Freud plantea que “las histéricas no sufrían ya de “reminiscencias” como en los Estudios, sino de fantasmas” (1998; p. 466-467). En seguida agregan lo siguiente:

Aunque en la infancia hubiera sido víctima de abuso o violencias, el trauma no podía ser la explicación única de la cuestión de la sexualidad humana. Junto a la realidad material, afirmaba Freud, hay una realidad psíquica igualmente importante en la historia del sujeto. Asimismo, la conversión debía considerarse un modo de realización de deseo a un deseo siempre insatisfecho (Roudinesco & Plon, 1998, p. 467).

A mi punto de vista, la primera afirmación de los autores acerca de que las histéricas no sufrían ya de reminiscencias, no se sostiene del todo, ya que implicaría aceptar que las histéricas no poseen un recuerdo acerca de una vivencia traumática, ni en la realidad material, ni en la realidad psíquica; efectivamente poseen un recuerdo de una vivencia que tuvo lugar en la realidad psíquica.

Para tratar de esclarecer este aspecto, me parece pertinente indagar un poco más en el concepto de reminiscencia; según el Diccionario de la Lengua Española (RAE, 2001), *reminiscencia* viene del latín “*reminiscentia*”, que es la acción de representarse u ofrecerse a la memoria el recuerdo de algo que pasó. Se trata de un

recuerdo vago e impreciso. En este sentido, al hablar de reminiscencias, estamos hablando de recuerdos de cosas que pasaron, a lo cual Freud agrega que esas cosas no necesariamente pasaron en la realidad material, sino en la psíquica; esta última será trabajada a continuación.

Realidad psíquica

La realidad psíquica es trabajada por Freud y constituye un aspecto de especial importancia para el resto de su teoría. Laplanche y Pontalis afirman que Freud utiliza el término de realidad psíquica “para designar lo que, en el psiquismo del sujeto, presenta una coherencia y una resistencia comparables a las de la realidad material; se trata fundamentalmente del deseo Inconsciente y de las fantasías con él relacionadas” (Laplanche & Pontalis, 2008/ 1967, pp. 352). Partiendo de este planteamiento, se puede observar que cuando Freud habla de realidad psíquica, hace referencia a lo que para el sujeto adquiere, en su propio psiquismo, valor de realidad.

Siguiendo la lógica de los autores citados anteriormente, la idea de realidad psíquica surge al mismo tiempo que el abandono o la limitación de la teoría de la seducción y del papel patógeno de los traumas infantiles reales; de esta manera, las fantasías, aunque no tengan una base en algún acontecimiento real, tienen para el sujeto el mismo valor patógeno que Freud atribuyó a las reminiscencias (según el significado que le atribuyen Laplanche y Pontalis) en un principio. Asimismo, al no poder Freud constatar una diferencia en cuanto a los efectos de las vivencias que son producto de la fantasía o de la realidad, se parte de la idea de que los síntomas neuróticos tienen una base por lo menos en una realidad psíquica, por lo cual el

neurótico tiene, en cierto sentido, razón. Por otro lado, Laplanche y Pontalis (2008/1967, pp. 352) plantean que, “en su acepción más estricta, la expresión “realidad psíquica” designaría el deseo inconsciente y la fantasía que está ligada al mismo”.

A partir de lo revisado anteriormente, me surgen las siguientes preguntas: ¿De qué deseo inconsciente se trata? Y ¿cómo se vincula el deseo con la fantasía? Estas interrogantes trataré de responderlas más adelante en el transcurso del desarrollo del marco teórico; sin embargo, cabe mencionar que ese deseo y esa fantasía surgen dentro del desarrollo del complejo de Edipo, concepto que desarrollaré a continuación, seguido por la conceptualización de los conceptos antes mencionados y otros que forman parte importante en el entendimiento del desarrollo de una neurosis histérica.

El complejo de Edipo

La expresión “complejo de Edipo aparece por primera vez en la Obra de Freud en 1910, en su texto “Un tipo especial de elección de objeto en el hombre”; sin embargo, ya había utilizado el término en “La interpretación de los sueños” en 1900. Posteriormente, Freud hace una segunda teorización sobre el Edipo en el capítulo VII de su texto “Psicología de las masas y Análisis del yo” (1921/ 2000) y en el capítulo III de “El yo y el Ello”, en el apartado “El Yo y el Superyo” (1923/ 2000). Más adelante, vuelve a trabajar el concepto en 1923, en el artículo “La organización genital infantil”, seguido por “El sepultamiento del complejo de Edipo” en 1924. Más adelante publica su escrito “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”, en 1925, y concluye en la conferencia de 1931 “Sobre sexualidad femenina”.

Laplanche y Pontalis (2008/ 1967) proponen una definición de complejo de Edipo con base en la teoría freudiana; mencionan que es el conjunto organizado de deseos amorosos y hostiles que el niño experimenta respecto a sus padres, el cual consta de dos formas distintas: la positiva y la negativa. En la primera, la forma positiva, el complejo se presenta como en la historia de Edipo Rey, donde aparece un deseo de muerte del rival que es el progenitor del mismo sexo y, por otro lado, un deseo sexual hacia el del sexo opuesto. En su forma negativa ocurre lo contrario: amor hacia el progenitor del mismo sexo y odio y celos hacia el progenitor del sexo opuesto. Los autores mencionan que estas dos formas se presentan en la forma llamada “completa” del complejo de Edipo.

En cuanto al periodo en el que se vive el complejo de Edipo, Freud plantea que tiene lugar entre los tres y los cinco años de edad, durante la fase fálica; al declinar el complejo, comienza el período de latencia. Asimismo, Laplanche y Pontalis (2008/ 1967, pp. 62) señalan que el sujeto “experimenta una reviviscencia durante la pubertad y es superado, con mayor o menor éxito, dentro de un tipo particular de elección de objeto”.

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (2008/ 1967), los primeros esbozos de la teoría fueron orientados hacia el modelo del niño; Freud pensaba que el complejo podía ser transpuesto tal cual a la niña. Más adelante, Freud va haciendo cambios en su teoría; en su texto “La organización genital infantil de la libido” de 1923, acerca de que en los dos sexos, durante la fase fálica, hay un solo órgano que cuenta, que es el falo. Por otro lado, señala el valor concedido a la inclinación preedípica hacia la madre; esta

fase se observa especialmente en la niña, la cual va a experimentar un cambio de objeto amoroso: de la madre al padre.

Con respecto a la edad en que se sitúa el complejo de Edipo, para Freud, ésta era indeterminada; en su texto “Tres ensayos de teoría sexual” (1905/ 2000), sostiene que la elección de objeto no tiene lugar de modo pleno hasta la pubertad, siendo la sexualidad infantil fundamentalmente autoerótica. Así, el complejo de Edipo, aunque tuviera su inicio en la infancia, sólo se manifestaría claramente en el momento de la pubertad y entonces sería superado. Más adelante, en 1916-1917, en “Lecciones de introducción al psicoanálisis”, Freud reconoce ya la existencia de una elección de objeto infantil muy próxima a la elección adulta. Finalmente, Freud relaciona la organización genital infantil o fase fálica con el Edipo, es decir, entre los tres y los cinco años de edad.

En “El sepultamiento del complejo de Edipo” (1924/ 2000), Freud plantea que la niña, que quiere ser la amada predilecta del padre, tiene que vivir por fuerza alguna seria reprimenda por parte de él, lo cual le resultará muy penoso. La falta de satisfacción esperada y la continua denegación del hijo deseado, van a hacer que los niños se extrañen de su inclinación amorosa; de esta manera, el complejo de Edipo se ve fracasado y se va al fundamento, lo que resulta de su imposibilidad interna. Por otro lado, la fase fálica, contemporánea a la del complejo de Edipo, no sigue su desarrollo hasta la organización genital definitiva; ésta se hunde y sobreviene el periodo de latencia.

El niño que ha progresado hasta la fase en que los genitales han tomado el papel rector, haciendo referencia a los genitales masculinos (el pene), se da cuenta de que los adultos no están de acuerdo con la ocupación manual de ellos, sobreviniendo la *amenaza de castración*; lo mismo ocurre con respecto al mojar la cama por las noches y no habituarse a la limpieza. Por otro lado, el complejo de Edipo ofrece al niño dos posibilidades de satisfacción; una de ellas es la activa, situándose de manera masculina en el lugar del padre y mantener comercio con la madre, sintiendo al padre como un obstáculo, y la otra posibilidad de satisfacción es la pasiva, en la cual el niño busca sustituir a la madre y hacerse amar por el padre, sobrando así la madre (Freud, 1924/ 2000).

Ahora bien, el niño, al darse cuenta de que la mujer no tiene pene, cae en cuenta de que fue castrada y así acepta la posibilidad de la castración, lo que pone fin a las posibilidades de satisfacción derivadas del complejo de Edipo (Freud, 1924). Asimismo, Freud menciona que el yo se extraña del complejo de Edipo, es decir, opera la represión, el cual subsistirá de manera inconsciente en el ello, exteriorizando posteriormente su efecto patógeno (Freud, 1924/ 2000).

Complejo de Edipo en la niña

En la niña ocurre algo distinto; al principio, el clítoris se comporta como un pene, pero al compararse con un niño, percibe que el suyo es demasiado corto, viviendo esto como un perjuicio y sintiéndose inferior, cayendo, como lo afirma Freud en su texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” (1925/ 2000), víctima de la *envidia del pene*. Se consuela por un tiempo con la expectativa de

que cuando crezca tendrá un pene tan grande como el de un hombre. La niña explica esto mediante el supuesto de que tuvo alguna vez un miembro igual de grande, pero que lo perdió por efecto de la castración; por otro lado, atribuye a las mujeres adultas un genital grande y completo. Así, la niña acepta la castración como un hecho consumado, mientras que el niño teme que se pueda consumir (Freud, 1924/ 2000).

Freud, en su texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” (1925/ 2000), menciona que la niña llega a creer que la madre no la dotó de manera suficiente, y la responsabiliza por esa falta de pene. La niña, tras descubrir su desventaja en relación con los genitales, afloran celos hacia otro niño a quien supuestamente su madre ama más, lo cual contribuye a que se aflojen los vínculos tiernos con el objeto-madre.

La renuncia al pene por parte de la niña no podría ser soportada sin un intento de resarcimiento; su complejo de Edipo culmina en el deseo de recibir como regalo un hijo del padre, tomando así al padre como objeto de amor. La madre se convierte en objeto de los celos de la niña y ésta deviene una pequeña mujer (Freud, 1924/ 2000 y Freud, 1925/ 2000). Al ver que este deseo no se cumple nunca, el complejo de Edipo es abandonado poco a poco; este deseo permanece en lo inconsciente, contribuyendo a la preparación de la mujer para su futuro papel sexual (Freud, 1924/ 2000).

Deseo incestuoso

Hemos visto que el deseo incestuoso juega un papel fundamental en el desarrollo del complejo de Edipo. Freud habla del concepto de deseo desde el “Proyecto de psicología para neurólogos”, escrito en 1895 y publicado en 1950. Aquí

menciona que los afectos y los estados de deseo tienen en común el contener una elevación de la tensión en el aparato psíquico; del estado de deseo sigue una atracción hacia el objeto de deseo, y ante la vivencia de dolor, aparece una repulsión, una renuncia a mantener investida la imagen hostil; estas son la atracción de deseo primaria y la defensa primaria. La defensa primaria vendría siendo la represión, que es el esfuerzo de suplantación y desalojo (Freud, 1950/ 2000).

De acuerdo con Laplanche y Pontalis (2008/ 1967), Freud habla posteriormente del deseo como deseo inconsciente, el cual está ligado a signos infantiles indestructibles; éste “tiende a realizarse restableciendo, según las leyes del proceso primario, los signos ligados a las primeras experiencias de satisfacción” (Laplanche y Pontalis, 2008/ 1967, pp. 96). Freud explica cómo en el modelo del sueño se puede observar que el deseo también se ubica en los síntomas en forma de una transacción. Asimismo, en este modelo del sueño, Freud plantea que después de la experiencia de satisfacción, la imagen mnémica de una percepción determinada permanece asociada a la huella mnémica de la excitación que resulta de la necesidad, y cuando ésta última se presenta de nuevo, se va a producir, debido a la ligazón establecida, una moción psíquica (deseo) que apunta a la recarga de la imagen mnémica de esa determinada percepción, pudiendo también evocarla, restableciendo así la situación en la cual se dio la primera satisfacción. Cuando reaparece la percepción, hablamos de cumplimiento de deseo (Laplanche y Pontalis, 2008/ 1967).

Asimismo, los autores afirman que el deseo nace de la separación entre necesidad y demanda; no se le puede reducir a la necesidad, en tanto que su origen no es la relación con un objeto real e independiente del sujeto, sino con la fantasía.

Tampoco se le puede reducir a la demanda, ya que éste trata de imponerse independientemente del lenguaje y el inconsciente del otro, y exige que éste lo reconozca absolutamente (Laplanche y Pontalis, 2008/ 1967).

En el caso del deseo incestuoso, éste surge dentro del complejo de Edipo. En el caso del complejo de Edipo positivo, hablamos de un deseo del hijo por la madre, y en el caso de la niña, del niño por el padre. En el texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” (1924), Freud plantea que la libido de la niña se desliza a una nueva posición; resigna el deseo del pene para remplazarlo por el deseo de un hijo, tomando así al padre como objeto de amor. La madre pasa a ser para la niña objeto de celos y la niña deviene una pequeña mujer.

Castración

El complejo de castración se da dentro del complejo de Edipo, y tiene una importancia primordial en el desarrollo del aparato psíquico, en particular en el tipo de estructura que se va a instaurar. Siguiendo a André Green en su texto “El complejo de castración” (2006), el complejo de castración aparece por primera vez en la obra de Freud en “La interpretación de los sueños”, en el apartado dedicado a la elaboración onírica. La castración está representada por una falta o por la insistencia en señalar el elemento fálico. Green menciona que la simbolización, en suma, hace del pene una representación del cuerpo entero, y que el ingreso de la castración en la teoría por la puerta del sueño, muestra que se trata de un “fantasma de castración” que viene a ser diferente de la castración real.

El tema de la castración aparece oficialmente en la teoría en 1908 en el texto de Freud “Las teorías sexuales infantiles”. Freud plantea en un principio que el fantasma de castración es propio de varones y luego pasa a la idea de que es un fantasma de ambos sexos. Asimismo, Freud asigna al pene el rol de objeto sexual autoerótico primario y de zona erógena de primordial importancia (Green, 2006).

Más adelante, Freud dice que ya no solamente habrá que pensar en el autoerotismo o el valor narcisista del pene, sino en el objeto primordial que es la madre (Freud, 1908/ 2000; y Green, 2006). Esto complica la sexualidad en la niña, quien se encuentra en la necesidad de cambiar de objeto, es decir, la madre por el padre, y en una segunda etapa, se ve obligada a renunciar al padre. Es entre 1923 y 1926 cuando el complejo de castración es trabajado de manera completa en la obra de Freud, pensando en dos textos fundamentales: “El yo y el ello” e “Inhibición, síntoma y angustia”.

Ya veíamos que la castración es uno de los elementos fundamentales en la estructuración del sujeto; Freud sostiene que la organización genital fálica del niño se va al fundamento a raíz de la *amenaza de castración* que se mencionó anteriormente en el apartado sobre el complejo de Edipo. Cabe mencionar que al principio, el niño no cree ni obedece a la amenaza.

Asimismo, Freud hace referencia a dos clases de experiencias de las cuales ningún niño está exento y por las cuales se supondría que éste debería estar preparado para la pérdida de partes muy apreciadas de su cuerpo; estas son el retiro del pecho materno y la separación del contenido de los intestinos que se exige a diario. Estas

experiencias tienen un efecto sobre la cuestión de la amenaza de castración; el niño, tras hacer una nueva experiencia, empieza a contar con la posibilidad de una castración, con vacilaciones, a disgusto y empeñándose en reducir el alcance de su propia observación (Freud, 1924/ 2000).

Esta observación, que por fin quiebra la incredulidad del niño, es la de los genitales femeninos. El niño, orgulloso de su posesión del pene, llega a ver en algún momento la región genital de una niña, lo cual lo lleva a convencerse de la falta de un pene en ella, que es un ser muy semejante a él, volviéndose así representable la pérdida del propio pene, y la amenaza de castración provoca su efecto posteriormente (Freud, 1924/ 2000).

En el caso de la niña, Freud plantea en 1925 en su texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos”, que su deseo de tener un hijo del padre está ligado a la masturbación infantil, la cual está también bajo la primacía de la fase fálica; de aquí surge la envidia del pene que resulta del examen del sexo de los hombres, en donde, como dice Freud, la niña “ha visto eso, sabe que no lo tiene y quiere tenerlo” (Freud, 1925/ 2000, pp. 271). Si no predomina la desmentida, entonces la niña permanece en el sentimiento de inferioridad, es decir, conserva una herida narcisista. Asimismo, suele percibir la castración como una acción procedente de la madre. Cabe mencionar el siguiente planteamiento: el complejo de Edipo en el niño sucumbe bajo los efectos del complejo de castración, y en la niña es el complejo de castración el que hace posible e introduce el complejo de Edipo (Green, 2006).

Fantasma edípico

El concepto de fantasma constituye un aspecto fundamental para la comprensión de la histeria. Freud comienza a utilizar este término a partir de 1897, como correlativo de la elaboración de la noción de realidad psíquica y del abandono de la teoría de la seducción; lo utiliza para designar la vida imaginaria del sujeto y el modo en que éste se representa a sí mismo en su historia o la historia de sus orígenes, lo que vendría a ser el “fantasma originario” (Roudinesco y Plon, 1998).

Me parece pertinente poner en contexto al lector acerca de cómo llegó Freud a dicha proposición. Freud, al ir dejando de lado la teoría del trauma, comenzó a poner especial atención en la observación clínica de la represión y su acción privilegiada sobre la sexualidad. Asimismo, al abandonar la teoría de la seducción, Freud todavía no lograba vincular la sexualidad infantil, el Edipo y el fantasma; al introducir el concepto de realidad psíquica, Freud pudo hacer una distinción entre varios conceptos que mantienen un vínculo con el concepto de fantasma, como Roudinesco y Plon (1998, p. 307) lo mencionan:

“... [] Freud introdujo el concepto de realidad psíquica. La explicitación de ese concepto, sobre todo en *La interpretación de los sueños*, lo llevó a distinguir entre la realidad material, realidad exterior nunca alcanzable como tal, la realidad de lo que él llama los pensamientos de transición y ligazón", el registro de la psicología, por una parte, y por la otra la realidad psíquica propiamente dicha, núcleo irreductible del psiquismo, registro de

los deseos inconscientes, de los cuales el fantasma es "la expresión última y más verdadera".

En "Tres ensayos de teoría sexual" (1905/ 2000), Freud habla del fantasma como correspondiente a tres localizaciones de la actividad psíquica: consciente, preconsciente e inconsciente; por un lado, están los fantasmas conscientes, que incluyen los ensueños diurnos, las novelas que el sujeto se cuenta a sí mismo, y ciertas formas de creación literaria, y por el otro, están los fantasmas inconscientes, como los ensueños subliminales y la prefiguración de los síntomas histéricos; ambos tipos de fantasmas mantienen un vínculo estrecho. Asimismo, Freud puntualiza en su artículo dedicado al inconsciente, en 1915, que el fantasma se caracteriza por su movilidad entre los distintos registros del aparato psíquico, es decir, no se reduce a uno sólo de los registros: el consciente o el inconsciente (Roudinesco & Plon, 1998).

Más adelante, en su artículo "Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica" (1915/ 2000), Freud plantea el concepto de "fantasma originario"; menciona que éste tiene que ver con las siguientes formaciones fantasmáticas: la de la observación del comercio sexual entre los padres, la de la seducción, la de la castración, entre otras. Asimismo, Freud menciona que el fantasma de seducción, de flagelación y el del tener un hijo del padre se encuentran en el momento del complejo de Edipo para la mujer. El fantasma edípico tiene que ver con el deseo de la niña de tener un hijo del padre, el cual desempeña un papel muy importante en la constitución del sujeto femenino; es decir, el fantasma edípico está ligado al deseo incestuoso, siendo el fantasma el que prevalece y el que va a hacer su aparición en la fase genital del desarrollo.

Insatisfacción en la histeria

La cuestión de la insatisfacción en la histeria es trabajada de una manera clara por Nasio (2005) en su texto “El dolor de la histeria”. Menciona que hay una inhibición genital en la vida sexual del histérico, la cual no es producto de una indiferencia hacia la sexualidad, sino casi siempre de una aversión y repugnancia hacia todo contacto carnal. Esta inhibición sexual histérica no tiene que ver con apartamiento, sino de una repulsión activa. Freud afirma que considera histérica a toda persona que experimenta asco ante cualquier ocasión de excitación sexual, ya sea que manifieste o no síntomas somáticos. Asimismo, Freud hace referencia al enigma contradictorio que plantea la histeria, el cual es la pareja de opuestos formada por una necesidad sexual excesiva y una exagerada repulsa de la sexualidad.

Nasio (2005) plantea la pregunta de que si es posible entregarse verdaderamente al goce infinito, ante lo cual dice que, al igual que en las otras neurosis, la relación sexual es una relación imposible, planteamiento tomado de Lacan. Sin embargo, en el caso de la histérica, lo que la particulariza es la intensidad y pasión que pone para tropezar, hiriéndose con el límite de una relación sexual imposible.

Asimismo, Nasio menciona que, al rehusar entregarse, la histérica se ve arrastrada hacia la pendiente de la insatisfacción; se niega a perder su virginidad fundamental, lo que la lleva a vivir en un estado de insatisfacción permanente. Esta insatisfacción va más allá del mero registro sexual, extendiéndose al conjunto de la vida, en ocasiones experimentando dolor, episodios depresivos, etc. A pesar de este dolor, la histérica se empeña en su insatisfacción, tanto que hace de ella su deseo, es

decir, deseo de insatisfacción; desea la insatisfacción porque ésta le garantiza la inviolabilidad fundamental de su ser. Así, entre más insatisfecha está, mejor protegida queda contra la amenaza de un goce tal que represente un riesgo de desintegración y locura (Nasio, 2005).

Para entender mejor esta cuestión, vale la pena retomar la pregunta de Nasio acerca de porqué concebir fantasmas y vivir en la insatisfacción cuando lo que el sujeto busca en principio es la felicidad y el placer, ante lo cual responde que el histérico es un ser de miedo que vive en angustia que, para atenuarla, no ha encontrado otro recurso más que el de sostener en sus fantasmas y en su vida el estado de insatisfacción, ya que mientras esté insatisfecho, se hallará en resguardo del peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo, el cual, como se mencionó anteriormente, lo volvería loco, lo disolvería o lo haría desaparecer. Este goce máximo puede pensarse como goce del incesto, sufrimiento de la muerte o dolor de agonía. A pesar de que es un estado imposible, el histérico lo imagina como una amenaza realizable (Nasio, 2005).

Tendencia a la repetición

Con respecto a la insatisfacción, cabe señalar que es algo que va a estar presente en la vida adulta como producto de la repetición, que en el caso de la histérica, tendrá que ver con la búsqueda de la satisfacción de su deseo, que como se mencionó anteriormente, es paradójicamente un deseo de permanecer insatisfecha, lo que implica que el deseo incestuoso no se cumpla debido a la angustia tan grande que le provocaría al sujeto; de esta manera, el sujeto va a tender a buscar parejas que no satisfagan dicho deseo (Nasio, 2005).

Freud (1914/ 2000) menciona en su texto “Recordar, repetir y reelaborar” que con la nueva técnica (la de la asociación libre) el paciente no recuerda, en general, nada de lo olvidado y reprimido, sino que lo actúa, es decir, lo repite, sin que tenga consciencia de ello. Esto es algo que se puede observar en la transferencia, para lo cual, cabe mencionar el ejemplo que da Freud acerca de que el analizado no refiere acordarse de haber sido desafiante e incrédulo ante la autoridad de los padres, pero se comporta de esta manera frente al analista. Asimismo, la resistencia aparece frente a la exhortación que el analista le hace para que hable de todo lo que se le ocurra, diciendo que no se le ocurre nada o quedándose callado. Tanto la transferencia como la resistencia mantienen una íntima relación con la compulsión a la repetición; Freud afirma que la transferencia misma es una pieza de repetición, y esta repetición es a su vez la transferencia del pasado que ha sido olvidado, y que además de darse sobre el analista, se da sobre los otros ámbitos de la situación presente (Freud, 1914/ 2000).

Será importante que el paciente haga un trabajo de reelaboración, en donde será necesario que éste siga la regla fundamental y que el analista mantenga la escucha parejamente flotante, interpretando, señalando, confrontando y cuestionando al paciente, y que de esta manera, logre dejar de repetir el pasado y se pueda posicionar de una manera distinta ante su propia subjetividad.

Modelo teórico utilizado en el presente estudio de caso

Analizar la incidencia del deseo incestuoso en la estructuración de un cuadro histérico y el papel de la insatisfacción constante como motor del deseo de la histérica.

El modelo teórico que decidí emplear para el análisis del presente caso, fue construido a partir de los referentes teóricos planteados anteriormente, es decir, principalmente con base en la teoría freudiana y autores cuyas propuestas parten de Freud. El principal constructo que conforma este modelo es la neurosis histérica, partiendo del supuesto de que la paciente posee dicha estructura. A este concepto de neurosis histérica, lo precede el complejo de Edipo y algunos aspectos que se juegan en éste, en los cuales profundicé: deseo incestuoso, castración y fantasma edípico. El tipo de resolución del complejo de Edipo determina la estructura que se va a conformar; en el presente caso, el tipo de estructura resultante fue una neurosis histérica. A este concepto de neurosis histérica, le siguen los efectos que ésta produce en la vida adulta de la paciente, que son insatisfacción y tendencia a la repetición.

Me parece importante explicar la manera en que se llegó a este modelo. Partiendo de que el complejo de Edipo y su resolución determinan el tipo de estructura que se instaura, se abordaron aspectos que se consideraron como claves en el presente caso. Se parte del supuesto del surgimiento de un deseo incestuoso en la niña, es decir, deseo del amor del padre, de tener un hijo de éste, el cual no es cumplido o satisfecho; se instaura el complejo de castración, instaurándose así el superyó. A partir de esto, se sepulta el complejo de Edipo, el deseo incestuoso se reprime, quedando un fantasma: “fantasma edípico”. Este fantasma está ligado al deseo insatisfecho, deseo del amor del padre, es decir, el deseo incestuoso. Ambos, deseo y fantasma, tienen lugar en la realidad psíquica y no en la material.

Por otro lado, al haber fracasado en su intento de satisfacer el deseo incestuoso, la paciente va a tender a la repetición, aunque ese intento de satisfacción va a fracasar;

si el deseo fuera satisfecho, sobrevendría una terrible angustia, por lo cual, las parejas elegidas por el sujeto serán aquellas que no satisfagan el deseo, es decir, que no respondan a la demanda de amor. Es entonces esa insatisfacción la que va a movilizar el deseo de la histérica.

A continuación se presenta el modelo teórico de manera esquemática:

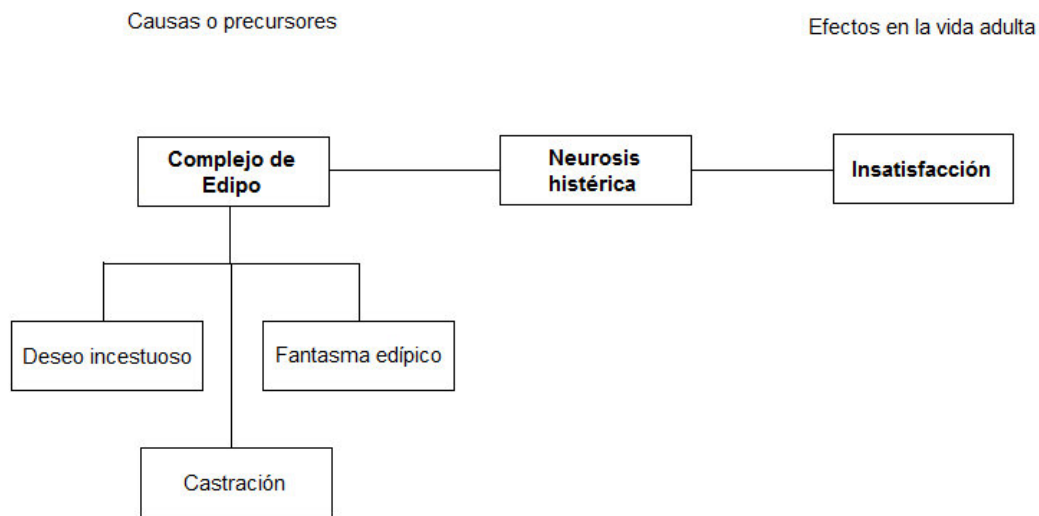


Figura 1. Esquema del modelo teórico utilizado.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

MÉTODO

El modelo de intervención utilizado en el presente estudio es el *método psicoanalítico*, también llamado *método de la asociación libre*, enmarcado en el enfoque cualitativo.

De acuerdo con Watson-Gegeo (citado en Pérez, 1998), *la investigación cualitativa* consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos observables, incorporando lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal y como ellos mismos lo expresan. A este enfoque pertenece el estudio de caso; en particular, el presente se considera como un estudio de caso psicoanalítico, en el cual es fundamental trabajar con la narración del paciente, lo que va a dar acceso al análisis del contenido del inconsciente.

DISPOSITIVO ANALÍTICO

El dispositivo analítico consta de varios elementos, que son la asociación libre, la atención parejamente flotante, la neutralidad y la abstinencia. Estos elementos son constantes, es decir, se mantienen a lo largo de todo el tratamiento; a continuación se presenta la definición de éstos.

Asociación libre. Consiste en expresar sin discriminación todos los pensamientos que vienen a la mente, ya sea a partir de un elemento dado (palabra, número, imagen de un sueño, representación cualquiera), ya sea de forma espontánea (Laplanche & Pontalis, 1996).

Atención parejamente flotante. Consiste en escuchar al paciente sin conceder un privilegio a ningún elemento del discurso de éste, para lo cual se requiere que el analista deje funcionar lo más libremente posible su propia actividad inconsciente y suspenda las motivaciones que habitualmente dirigen la atención. Lo anterior implica una suspensión de todo lo que habitualmente focaliza la atención, como inclinaciones personales, prejuicios y supuestos teóricos (Laplanche & Pontalis, 1996).

Neutralidad. Es, de acuerdo con Laplanche y Pontalis (1996), una de las cualidades que definen la actitud del analista durante la cura. Se plantea que el analista debe de ser neutral respecto a los valores religiosos, morales y sociales y abstenerse de dar consejos. Asimismo, debe ser neutral con respecto a las manifestaciones transferenciales, y ser neutral en cuanto al discurso del analizado, no concediendo a priori una importancia preferente a un determinado fragmento o tipo de significaciones.

Abstinencia. es el principio según el cual la cura analítica debe ser dirigida de tal forma que el paciente encuentre el mínimo posible de satisfacciones sustitutivas de sus síntomas. El analista no debe de satisfacer las demandas del paciente ni desempeñar los papeles que éste tiende a imponerle (Laplanche & Pontalis, 1996).

ENCUADRE PSICOANALÍTICO

El caso se atendió dentro de un marco institucional durante un año y diez meses aproximadamente. Las sesiones se llevaban a cabo dos veces por semana, con una duración de 45 minutos cada una. Los honorarios fueron establecidos por el departamento de *Trabajo Social* de la institución, de acuerdo con un estudio

socioeconómico realizado. La cuota asignada fue de \$100.00 pesos por sesión, la cual era recibida por la analista y depositada en caja posteriormente. Se trabajó cara a cara.

PROCESO ANALÍTICO

Los elementos presentes durante el proceso analítico con los cuales se trabajó son los siguientes:

- **Transferencia:** es el proceso en virtud del cual los deseos inconscientes se actualizan sobre ciertos objetos, dentro de un determinado tipo de relación establecida con ellos y, de un modo especial, dentro de la relación analítica. Se trata de una repetición de prototipos infantiles, vivida con un marcado sentimiento de actualidad. La transferencia se reconoce clásicamente como el terreno en el que se desarrolla la problemática de una cura psicoanalítica, caracterizándose ésta por la instauración, modalidades, interpretación y resolución de la misma (Laplanche & Pontalis, 1996).
- **Resistencia:** es todo aquello que se opone al acceso del sujeto a su inconsciente. Freud define la resistencia como una actitud de oposición a sus descubrimientos, donde el paciente infringe la regla fundamental. Asimismo, Laplanche y Pontalis (1996) mencionan que la transferencia debe considerarse en parte como una resistencia en la medida en que reemplaza el recuerdo verbalizado por la repetición actuada; la resistencia utiliza la transferencia, pero no la constituye.
- **Elaboración:** es el proceso mediante el cual el analizado integra una interpretación y supera las resistencias que ésta genera. El trabajo elaborativo

actúa especialmente en ciertos momentos en que el análisis parece estancado y en las que una resistencia persiste (Laplanche & Pontalis, 1996).

- **Intervención:** en psicoanálisis es todo acto, silencio o palabra que proviene del analista dentro del dispositivo analítico, con el fin de develar el inconsciente del analizado.

INSTRUMENTOS

Se utilizaron instrumentos para recabar información. El instrumento principal del método psicoanalítico es el discurso del paciente, por medio del cual se puede acceder a su inconsciente. Otro instrumento utilizado es la ficha de identificación del paciente, que incluye nombre, edad, estado civil y ocupación. Por otro lado, se redactaron viñetas de las sesiones de la paciente, mismas que consisten en la redacción de lo que ocurrió dentro del dispositivo analítico.

Asimismo, hay una serie de herramientas que utiliza el analista para concientizar al paciente, que son la interpretación, los señalamientos, la confrontación y la construcción, las cuales se definirán a continuación:

- **Interpretación:** es un término utilizado por Freud para designar toda intervención psicoanalítica que apunta a hacer comprender al sujeto la significación inconsciente de sus actos o de su discurso, que se manifiesta por medio de una palabra, un lapsus, un sueño, un acto fallido, una resistencia, a través de la transferencia, etcétera.
- **Señalamientos:** consisten en resaltar algún elemento del discurso del paciente que le permita escucharse.

- **Confrontación:** consiste en indicarle al paciente aspectos contradictorios de su discurso, actitudes o comportamientos.
- **Construcción:** en psicoanálisis, la construcción es definida por Freud como una elaboración que el analista debe absolutamente realizar en la cura para reconstruir literalmente la historia infantil e inconsciente del sujeto; permite restituir de manera coherente la significación global de la historia de un sujeto.

CAPÍTULO IV

ESTUDIO DE CASO CLÍNICO

HISTORIAL CLÍNICO

DESCRIPCIÓN GENERAL

En un primer momento, se presenta una breve descripción de la paciente en cuestión, indicando después el motivo de consulta, para posteriormente ampliar los aspectos presentados en un principio y que, de esta manera, el lector pueda formarse una impresión un poco más clara acerca del caso.

La paciente, que será nombrada Daniela, es una joven de 23 años, de mediana estatura, complexión delgada, tez clara y cabello negro ondulado. Se presenta con buen aseo personal y viste a la moda, pero de manera sencilla. Habla de una manera tranquila, expresándose con propiedad, con voz un poco aguda y suave; en ocasiones parece hablar y hacer gestos como los de una niña pequeña.

Por otro lado, Daniela es una chica jovial, de carácter tranquilo y mesurado. Es inteligente y dedicada, aspecto que demuestra tanto en el plano académico como en el laboral. Sus padres la consideran como una buena hija, obediente y cariñosa, su hermana la considera como un apoyo importante y a quien le puede confiar sus cosas más íntimas, y sus amigos la ven como una chica agradable, que sabe escuchar y que tiene paciencia.

En el aspecto económico, ella y su familia parecen tener una posición económica estable; ella tiene un auto pequeño y estudió en instituciones privadas hasta la preparatoria. En el aspecto profesional, cabe mencionar que Daniela estudió

Licenciatura en Biotecnología y estuvo haciendo prácticas en un laboratorio, en el cual estuvo desarrollando su proyecto de tesis. Más adelante, mostró su inconformidad con su elección profesional y decidió darle un giro, comenzando a trabajar como docente en una secundaria, impartiendo materias relacionadas con su área de estudios.

En cuanto al ámbito de las relaciones de pareja, el aspecto de mayor relevancia es la relación que sostuvo durante nueve años con un chico, al cual llamaré Enrique, misma que no llevó nunca el título de noviazgo. El chico le hablaba a Daniela, platicaban de diversos temas, la pasaban bien, y Daniela se sentía muy atraída por él, deseando que la relación se convirtiera en noviazgo; sin embargo, él le hacía saber que no quería una relación formal con ella, que no quería tener novia en ese momento. Él la volvía a buscar en el momento en el que ella se alejaba, lo cual favorecía que el deseo de Daniela se siguiera manteniendo, sin que éste fuera satisfecho. Este y los aspectos mencionados anteriormente serán ampliados en el apartado dedicado a la construcción del caso.

A continuación se presenta el motivo de consulta de la paciente, seguido por la descripción de las figuras significativas para ella y su relación con éstas, como lo son sus padres, su hermana, sus amistades y los chicos con los cuales ha tenido una relación de pareja; posteriormente, se presenta el aspecto académico y laboral.

MOTIVO DE CONSULTA

Como motivo de consulta, expresó su deseo de salir de la situación en la que se encontraba respecto de Enrique, del cual estaba enamorada desde los 14 años; a

continuación se expone un fragmento de viñeta de la primera sesión, en donde habla acerca de esto:

Lo conocí en la secundaria, cuando yo tenía como 14 años. Desde entonces me gusta. Él ya sabe que me gusta, pero él a veces me dice que se siente muy a gusto conmigo, pero que me ve como amiga, que no siente algo más por mí, pero a veces se pone celoso cuando salgo con alguien, como cuando he tenido novio; me dice que no le gusta que le quite atención, me habla a cada rato, quiere que nos veamos, y como a mí me gusta, pues salgo más con él, e incluso he dejado de querer al chavo con el que había estado en ese momento y cortábamos. Luego de cortar, Enrique ya me dejaba de hablar tanto, y yo le decía que si estábamos tan unidos es porque había algo, que parecía que él también me quería, pero me decía que no, que lo que sentía no era amor, sino cariño. Ya no sé qué hacer, ya no quiero sentir esto por él, ya no quiero estar así. No sé si lo único que tengo que hacer es ya no verlo ni hablar con él, o si tengo que venir a terapia, aunque ya he intentado lo primero y no ha funcionado.

DEMANDA DE TRATAMIENTO

Daniela se mostró dispuesta desde el inicio a conocer más acerca de ella, de sus conflictos inconscientes, asumiendo poco a poco su responsabilidad en su propio sufrimiento. Asimismo, de forma concreta manifestó querer cambiar su situación con respecto al ámbito de las relaciones de pareja. Durante el tiempo que se trabajó, la paciente mostró compromiso con su tratamiento, aunque en ocasiones llamó para

cancelar su sesión por motivos laborales y, de vez en cuando, llegaba entre diez y quince minutos tarde.

Cabe mencionar que Daniela había acudido con dos psicólogos anteriormente, aproximadamente un año antes de que se iniciara el presente tratamiento; dijo que el primero hacía hipnosis y que eso no le gustaba, y que con la segunda no hubo “química”, que no se sentía a gusto con ella, que le dejaba tareas y le daba consejos. Finalmente, Daniela inició el presente tratamiento, en el cual se sostuvo durante aproximadamente dos años.

ESTRUCTURA SUBJETIVA

La familia

La familia ha jugado un papel muy importante en la estructuración subjetiva de Daniela, por lo cual, me parece pertinente describir a cada uno de sus miembros, así como la relación entre ellos.

El padre

El padre de Daniela es Médico; trabaja en un hospital público y es quien ha fungido como sostén económico de la familia. Se cree pertinente describir un poco de la historia familiar de él, por lo que se presenta un fragmento de sesión en donde la paciente habla de esto:

... [] Su mamá no les ponía atención a mi papá y a sus hermanos. En primaria, creo que en primero, lo regañaron porque no iba peinado e iba sucio. También pasaba con mis tías. Luego sus papás se fueron a

Estados Unidos y los dejaron aquí solos, cuando mi papá tenía como 22 años; todavía estaba en Medicina. La menor creo que tenía 18 años. Luego se divorciaron, y una de ellas se encargó de la venta de la casa donde vivían, donde mientras vivían solos mi papá y sus dos tías que estaban aquí. Luego su papá se casó con su secretaria... [] les empezó a ir muy bien en el negocio e hicieron mucho dinero, pero no ayudaban a mi papá y a sus hermanas.

Según la percepción de Daniela, su padre ha sufrido mucho por su situación familiar, como el hecho de que su madre no le prestara atención y lo enviara sucio a la escuela, el hecho de que sus padres los dejaran solos cuando aún estaban estudiando, el divorcio de estos, la unión de su padre con su secretaria y el desentendimiento de éste con respecto a él y sus hermanos.

Por otro lado, cabe mencionar que, desde que Daniela tiene memoria, el padre ha presentado crisis de pánico, en donde siente que se va a morir, experimenta miedo intenso, se le dificulta respirar, se marea, le dan náuseas y en ocasiones vomita. Daniela y su madre eran quienes lo cuidaban y atendían, ya que a Elisa también le ocurría esto. Asimismo, su padre en ocasiones cree tener enfermedades que en realidad no padece; hace aproximadamente dos años, su padre aseguraba estar enfermo de Cáncer, a partir de que comenzó a presentar dolores de cabeza. Aun cuando los resultados de laboratorio y demás estudios médicos no mostraban evidencia de que hubiera algún padecimiento, él decía que seguramente había algún error en los mismos, o que los médicos no estaban haciendo una buena interpretación.

Por otro lado, Daniela manifestó su preocupación por la salud mental de su padre; en una ocasión, dijo que su padre la desespera muchas veces, que se queja y se enoja por cosas tontas. En una ocasión mencionó que su padre puso café en la cafetera y la colocó mal, derramándose todo el café, por lo que la cafetera dejó de funcionar. Su mamá se dio cuenta después de que la cafetera no funcionaba y preguntó si alguien la había usado. Su papá reaccionó enojado; le dijo a su esposa que él había sido, que es muy torpe, que no sabe hacer bien las cosas. Daniela dijo que no entiende por qué reacciona de esa manera, si es algo que a cualquiera le puede pasar.

El padre ha aparecido, ante los ojos de Daniela, como un niño chiquito, el cual se desespera cuando algo no le sale bien, se siente mal y se encierra en su cuarto a llorar. A ella le preocupa mucho que su padre sufra; le ha dicho que no pasa nada, que se tranquilice, pero no lo logra, ante lo cual le ha sugerido que busque terapia.

A continuación se muestra un fragmento de una sesión, en donde se puede apreciar de una manera más clara lo anterior:

Mi papá se cambió de clínica. Es que en donde estaba, estaba como jefe, pero en la nueva clínica no lo subieron a esa categoría; no es muy bueno con cosas de administración, según él sí, pero no, y de hecho le gusta más lo técnico, su trabajo en sí, no lo administrativo, pero él se empeña en querer entrarle a lo administrativo. De hecho, sé que es muy bueno en lo que hace, porque lo buscan mucho otros médicos, etc. Pero no sé por qué se siente tan mal y es tan enojón; yo pienso que debería de ir a terapia, y le he dicho, pero dice que no, que ya a estas alturas qué va a hacer en

terapia. Eso me desespera, porque lo quiero ayudar, pero no quiere y no sé cómo. Cada vez me doy más cuenta de que mi papá tiene varias cosas raras.

Por otro lado, Daniela recuerda que su padre le decía, cuando ésta era pequeña, que era buena para las ciencias, de acuerdo con las calificaciones que obtenía en la escuela en materias relacionadas con esta área y con el interés que parecía mostrar cuando hablaban acerca de astronomía o ciencias naturales; le decía que ella sería una muy buena investigadora cuando estuviera grande. Daniela parece haberse esforzado mucho durante su vida por agradar y satisfacer a su padre, haciendo varias de las cosas que él, a los ojos de la paciente, esperaba de ella; estudió una carrera que implicaba el uso de las habilidades que él le atribuía, que es del área de la salud, como la profesión de él, que es médico; asimismo, estuvo realizando una investigación en un laboratorio, preparándose para devenir científica, como él lo auguraba.

Por otro lado, el padre le decía a Elisa, su otra hija, que era muy buena para las artes, en especial para la pintura; asimismo, Daniela recuerda que su padre tenía una mejor relación con Elisa, ya que veía que ellos jugaban y la pasaban bien, mientras ella únicamente se quedaba observándolos. Esto la hacía sentir un poco triste, y manifestó que hubiera querido que la relación entre ellos fuera similar a la que llevaban su hermana y él.

La madre

Daniela habló poco de su mamá, en comparación con lo que habló acerca de su padre y de su hermana. Ella es enfermera, pero actualmente se dedica al hogar. La relación entre ellas es buena; sin embargo, siente que su madre tiene una mejor relación con su hermana Elisa, ya que suelen pasar más tiempo juntas y platicar de cosas íntimas. Daniela mencionó que su madre sufrió moderadamente cuando se fue Elisa a estudiar una maestría en Europa; le dijo que no sabía qué iba a hacer sin que estuviera Elisa para platicarle sus cosas, que se iba a aburrir mucho.

Daniela y su madre han cuidado a su padre cuando le sobrevienen los ataques de pánico, y a Elisa, en las pocas ocasiones en que esto le ha ocurrido. La madre trata de tranquilizarlos cuando esto les ocurre, diciéndoles que no les va a pasar nada, que no es algo de origen físico sino psicológico.

Según refiere la paciente, su mamá tiene un peso importante en sus decisiones, aunque parecía no reconocerlo; decía que tenía la capacidad de conocer a las personas con sólo verlas. Por ejemplo, cuando ha tenido novio le ha dicho que se le hace que es de determinada manera, y Daniela dice que “sí le ha atinado”. Cuando le iba a presentar a su novio Alonso, el chico con el que emprendió una relación de noviazgo después de transcurrido un tiempo de análisis, dijo sentirse nerviosa por no saber cómo iría a reaccionar su mamá ante él, si le parecería bueno para ella o no. Sin embargo, Daniela dice ser quien ha tomado la decisión de andar con tal o cual persona.

Por otro lado, ella le ha dicho a Daniela que no le gusta que pase mucho tiempo fuera de la casa, que trate de conseguir un trabajo de medio tiempo y no de tiempo

completo. La paciente piensa que su mamá se siente mal porque cree que no está en la casa debido a que no quiere estar con ella; le dice que eso no es cierto, que sí le gusta estar en su casa, pero que también le gusta hacer muchas actividades.

La hermana

La hermana de Daniela, Elisa, es dos años mayor que ella. Estudió la Licenciatura en Diseño Gráfico en una universidad privada. Aproximadamente al inicio del segundo año de tratamiento, Elisa se fue a estudiar una maestría a Europa.

La paciente dice que las dos se quieren mucho, que tienen gustos muy parecidos y seguido salen juntas. Daniela suele preguntarle seguido a Elisa acerca de si está bien la ropa que ha elegido ponerse, y si su hermana le dice que se le vería mejor otra cosa, se cambia de acuerdo a dicha sugerencia. Sin embargo, dice que en cosas más importantes o relevantes, ella toma sola su decisión.

Por otro lado, la separación que tuvieron debido a que Elisa se fue a estudiar la maestría fuera del país, fue muy dolorosa para Daniela. Solían hablar vía internet muy seguido, lo cual la hacía sentir mejor. Daniela fue a visitar a su hermana en dos ocasiones; en una de ellas junto con sus papás. Asimismo, Elisa visitó Monterrey en dos ocasiones: una para convivir con su familia y amigos, y otra para asistir a la boda de una prima. Un año después, Elisa regresó a Monterrey, lo cual hizo que Daniela se pusiera muy contenta.

Por otro lado, la paciente ha relatado que su hermana es una persona chiflada, aunque dice que a la vez es muy buena y cariñosa. También ha dicho que es la

persona en la que más confía, con la cual platica acerca de muchas cosas, y con la cual sale seguido a divertirse.

Al igual que el padre, Elisa ha sufrido de episodios en los cuales siente pánico, piensa que se va a morir, le dan náuseas, taquicardia, y se le dificulta respirar. Estas crisis ocurrían principalmente de noche, y Daniela se quedaba velándola toda la noche hasta que se pudiera dormir. Daniela dice que desde niña se preocupaba mucho por ella, al igual que por su padre, y dice que siempre había querido saber cómo ayudarlos, pero que no ha sabido cómo.

Amistades

Daniela tiene un grupo pequeño de amigos. Sus amigas más cercanas, a quienes llamaré Alicia y Claudia; estudiaron Nutrición y Licenciatura en Contaduría y Finanzas, respectivamente. Su relación con ellas es buena, les tiene mucho aprecio y le gusta convivir con ellas.

Daniela dice que ella habla poco de sí misma con sus amigos; son ellos quienes le platican sus cosas, y a ella le gusta escucharlos; sin embargo, en ocasiones la desespera que se la pasen quejando, que se lamenten de lo que no les sale como lo esperaban, en especial en cuestión de relaciones de pareja. El hecho de que sus amigas hablen frecuentemente con ella acerca de sus problemáticas con sus respectivos novios le resulta incómodo, ya que eso la hace pensar en su propio sufrimiento a ese respecto. Sin embargo, representan un apoyo para ella, ya que dice que ellas entienden cómo se siente y la tratan de ayudar, al menos buscando convivir en distintos espacios.

Relaciones de pareja

El chico al que Daniela hace referencia en el motivo de consulta, Enrique, fue su primer amor. A éste lo conoció en la secundaria, y ambos salían con el mismo grupo de amigos. Él la buscaba para platicar, casi siempre por vía electrónica; pasaban mucho tiempo platicando. Daniela sentía confianza con Enrique, y platicaban de las cosas cotidianas, de sus problemas, de sus gustos, y se pedían consejos mutuamente; sin embargo, en ocasiones ella se sentía tonta en relación a él, ya que lo veía como alguien muy inteligente.

Él le decía que se la pasaba muy bien con ella, que tenían muchas cosas en común, pero cuando Daniela le preguntaba acerca de cuál era el estatus de su relación, él le decía que sólo eran buenos amigos, que no quería tener una relación de noviazgo por el momento; por su parte, ella le decía que sí esperaba que llegaran a ser novios, y que pensaba que él también buscaba eso, debido a la cercanía emocional que parecían tener. Ambos se alejaban poco a poco después de haber hablado de lo anterior; cuando ella pensaba en resignarse, en tratar de olvidarlo, él la buscaba de nuevo, lo cual provocaba que ella se volviera a ilusionar, ya que pensaba que a lo mejor en ese momento ya la buscaba para comenzar una relación, pues menciona que él le decía que se sentía muy a gusto con ella, que se le hacía bonita, etc. Sin embargo, al poco tiempo, Enrique se empezaba a alejar de nuevo hasta que se dejaban de hablar. Ella ha mencionado que no entiende la actitud de él, que se ha preguntado por qué la busca.

A continuación, se expone un fragmento de una sesión en la que Daniela habla acerca de lo anterior:

No sé, él sabe que yo estoy sufriendo por él, no se lo digo directamente, pero se da cuenta. De hecho él me dice que ya no esté así, que haga mis cosas, que salga con mis amigas, etc... Ya quiero que se me quite la obsesión por él, pero no sé qué hacer, si lo tengo que olvidar, si me debo de alejar de él, no vernos. Aunque eso ya lo he intentado...pero él me busca de nuevo, me habla, etc.

Luego, por un lado dice que no quiere tener novia, que no me ve como algo más, que me quiere como amiga, pero cuando he salido con alguien, él como que se pone celoso, me empieza a hablar mucho y me dice que no le gusta que esté saliendo con esa persona. Entonces yo pienso que se está interesando en tener algo más conmigo y dejo de salir con el chavo con el que estaba saliendo. Pero luego él me dice que no es porque quiera tener una relación, y las cosas vuelven a ser como antes. Eso no me gusta, como que por fin me empiezo a olvidar de él y me vuelve a buscar.

Cabe mencionar que Daniela anduvo con dos chicos en preparatoria y con uno en licenciatura, a los cuales les encontró aspectos que no le gustaban, terminando al poco tiempo la relación con ellos; por ejemplo, de uno decía que era mentiroso, de otro que era muy celoso, y del de licenciatura dijo que empezó a dejar de tener detalles con ella, que prefería salir con sus amigos en lugar de con ella, por lo cual decidió terminar. Eran compañeros de la carrera, por lo cual se seguían viendo; sin embargo, él la evitaba y hacía como si no estuviera. Daniela reconoció que, aunque sostuvo relaciones de pareja con otros chicos, ella seguía enamorada de Enrique, con el cual nunca se concretó una relación de noviazgo.

Aproximadamente a un año de tratamiento, Enrique le anunció a Daniela que se iría a Estados Unidos a estudiar una maestría; la invitó a irse con él, pero ésta no aceptó, recordando todo lo que había sufrido y que ya no quería que siguiera pasando.

Más adelante, aproximadamente a un año y medio de tratamiento, Daniela empezó a salir con dos chicos: uno que era amigo de Enrique y otro que se lo presentó una compañera de la carrera. El primero se le hacía prepotente y la hacía sentir tonta, y el segundo la hacía sentir inteligente y valiosa. Después de haber salido con ambos, Daniela se sintió atraída por el segundo chico, Alonso, con el cual comenzó una relación de noviazgo. Daniela lo describe como un chico alto, al que le gusta el estilo vaquero; estudia Ingeniería Industrial y hace prácticas en una constructora.

Daniela dijo sentirse muy bien con él. Sus papás lo aceptan, incluso su mamá, que según la paciente es “exigente” con las parejas de sus hijas. Algo que a ella no le gusta de él es que no ha terminado la carrera porque ha tenido que trabajar al mismo tiempo, ya que su familia tiene dificultades económicas. Ella en ocasiones pasa por él a su casa para salir, pues él no tiene carro, y cada quien paga lo suyo.

A ella le gusta ayudarlo con sus estudios y lo anima a que termine pronto su carrera. Por otro lado, Daniela ha hecho referencia al estilo del chico: le gusta vestir de tipo vaquero, con botas, jeans, camisas a cuadros y sombrero en ocasiones. Dice que no es su estilo favorito; sin embargo, tampoco le molesta. Él parece preocuparse por agradarle a ella, y le ha preguntado varias veces si realmente le gusta, a lo cual ella contesta que sí, que el hecho de que no sea su estilo favorito no quiere decir que no lo quiera.

En general, Alonso parece ser un poco inseguro, pues piensa que tal vez no le gusta a Daniela debido a sus gustos, aunque ella le dice que le gusta mucho como es, que no quiere que cambie. Daniela ha mencionado que le gustaría que él fuera a terapia. Por otro lado, han pensado en casarse, sólo que esperan juntar recursos económicos suficientes.

Con respecto a Enrique, Daniela parece ya no tener la misma postura que antes; Daniela dice que ya no le interesa, que el sentimiento hacia él ha cambiado, aunque tiene miedo por no saber cómo vaya a reaccionar si se vuelven a ver. Cada vez habla menos acerca de él, aunque a veces aparece en sus sueños.

Aspectos académico y laboral

La paciente era una estudiante destacada, obteniendo regularmente buenas calificaciones, y presentando una conducta deseable por los profesores. En el último semestre de la preparatoria, Daniela estuvo pensando en qué carrera quería estudiar; pensó en la posibilidad de estudiar medicina, como su papá, pero abandonó la idea porque no le gustaba en realidad. Sin embargo, pensó que, como le gustaban la química y la biología, podría estudiar la Licenciatura en Biotecnología, siendo una carrera perteneciente al campo de la salud. De esta manera, la paciente estudiaría algo que a su padre lo complacería; sin embargo, Daniela dudó de la carrera que estaba estudiando. A continuación se presenta un fragmento de una sesión en la que la paciente habla de esto:

... [] De repente no estoy segura de haber elegido la carrera que elegí;
siento que mi papá tuvo que ver porque él siempre me dijo que yo tenía el

perfil de científica. Bueno, sí me gusta mucho, y me gustaría dar clases de ciencias. De hecho, hubo un momento en el que yo pensaba en estudiar medicina, y mi papá se emocionó mucho, pues quería que fuera como él, que es médico. Pero luego fui viendo que realmente no quería ser doctora; de hecho no me imagino como doctora, haciendo operaciones.

Daniela estuvo manteniendo un promedio alto en la licenciatura, por lo cual tenía derecho a titularse sin hacer tesis o prácticas; sin embargo, ella había decidido hacer tesis, para lo cual permaneció en el laboratorio en donde estaba haciendo sus prácticas para hacer los experimentos requeridos. Daniela no estaba a gusto ahí, por lo que tomó la decisión de abortar la tesis y titularse por promedio; por otro lado, al ver que no le gustaba el trabajo solitario que representa el hacer investigación, pensó en buscar un trabajo en donde estuviera con gente, como dar clases relativas a las ciencias.

Daniela comenzó a trabajar como maestra de inglés en un instituto privado dedicado a la enseñanza de dicho idioma; la paciente se sentía muy bien trabajando ahí, aunque dijo que le gustaría más impartir clases de su área de estudios. Unos meses después, consiguió trabajo como maestra en una secundaria, impartiendo clases de biología y química, lo cual mencionó que le resultaba muy satisfactorio.

Más adelante, Daniela tomó la decisión de salirse del laboratorio, ante lo cual, por un lado se sintió feliz por haber renunciado, y por otro, se sintió inquieta ante la idea de pensar que sus padres, en especial su padre, se pudieran decepcionar de ella, al no seguir el camino que tenía trazado.

SINTOMATOLOGÍA

Con respecto a la sintomatología, Daniela presentó ansiedad al inicio del tratamiento, así como frustración por no ver nunca realizado su deseo de establecer una relación de noviazgo con Enrique. Se sentía devaluada al ver que, según su impresión, Enrique era más inteligente que ella, así como por el hecho de que él no la “elegía” como pareja formal. En general, parece estar insatisfecha en el ámbito sexual.

En otros términos, se puede observar que la paciente se encontraba en un estado de insatisfacción constante, reflejado en el ámbito de las relaciones de pareja y del aspecto profesional, lo cual indica una dificultad en la resolución de su complejo de Edipo. Asimismo, esto se observa también en la dificultad que presenta para terminar algunos proyectos que emprende, ya sea la tesis de la licenciatura, clases extracurriculares, permanecer en determinado trabajo, entre otros.

Por otro lado, presenta inseguridad con respecto a cómo se muestra ante los demás, en particular con respecto a la ropa que se pone, pidiendo constantemente la opinión y aprobación de su hermana y de su mamá.

Otro aspecto importante es la rivalidad con su hermana, misma que se manifiesta cuando Daniela recuerda que su padre prefería a Elisa, jugaban más, pasaban más tiempo juntos; esto hacía sentir triste a Daniela. Esta rivalidad no se dejó ver fácilmente, ya que en general la relación que llevan es muy buena; fue apareciendo poco a poco.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

La impresión diagnóstica de esta paciente es una estructura de personalidad neurótica histérica, resaltando la insatisfacción constante que se puede observar en el tipo de relaciones que establece y las decisiones que toma en general. Por otro lado, posee una identidad del yo, juicio de realidad mantenido y uso de mecanismos de defensa de orden avanzado.

CONSTRUCCIÓN DE CASO CLÍNICO

El presente estudio de caso se construyó con base en el material clínico surgido en el tratamiento que se llevó a cabo con Daniela. Se establecieron dos categorías con dos subcategorías cada una; la primera se titula “El deseo y la insatisfacción en la histeria”, compuesta por las siguientes subcategorías: a) Una larga relación ¿de pareja? Y b) Una vocación prestada; la segunda categoría fue nombrada “Una nueva forma de satisfacción”, cuyas subcategorías son a) Reconocimiento de la “locura” del padre y de su propio deseo y b) El comienzo de una relación de pareja. Estas categorías permitieron que el material clínico se pudiera organizar de manera tal que se facilitara el análisis en el que se articulan los fundamentos teóricos planteados y el trabajo analítico.

A continuación se enlistan las categorías establecidas:

- 1) El deseo y la insatisfacción en la histeria
 - a. Una larga relación ¿de pareja?
 - b. Una vocación prestada
- 2) Una nueva forma de satisfacción
 - a. Reconocimiento de la “locura” del padre y de su propio deseo
 - b. El comienzo de una relación de pareja

1) El deseo y la insatisfacción en la histeria

El deseo del que hablo en el presente caso es el deseo incestuoso. Como se planteó en el marco teórico, el deseo incestuoso aparece durante el complejo de Edipo, en donde el niño, en el caso del complejo de Edipo positivo, desea a su madre, y en el

caso de la niña, ésta desea un hijo de su padre. Recordemos el planteamiento de Freud en su texto “Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos” (1924), acerca de que la libido de la niña se desliza a una nueva posición, resignando el deseo del pene y remplazándolo por el deseo de un hijo, tomando así al padre como objeto de amor.

Con respecto a la insatisfacción en la histeria, es importante tener en claro que no se trata de la insatisfacción según el diccionario de la Real Academia Española, ni es la misma insatisfacción que experimentan los obsesivos o los fóbicos, sino que se trata de una insatisfacción relacionada con el deseo. Freud hace referencia al enigma contradictorio que plantea la histeria, el cual es la pareja de opuestos formada por una necesidad sexual excesiva y una exagerada repulsa de la sexualidad.

Retomando la idea de Lacan acerca de que en los neuróticos la relación sexual es una relación imposible, cabe mencionar que en el caso de la histérica, lo que la particulariza es la intensidad y pasión que pone para tropezar; al rehusar entregarse, la histérica se encamina hacia la insatisfacción, en la cual permanece. Esta insatisfacción va más allá del mero registro sexual y se extiende al conjunto de la vida, lo cual a veces le provoca dolor, episodios depresivos, etc.; a pesar de esto, la histérica persiste en su insatisfacción. La insatisfacción viene a convertirse en su deseo; hablamos entonces de que el deseo de la histérica es permanecer insatisfecha, lo cual le garantiza la inviolabilidad fundamental de su ser; es decir, así se halla en resguardo del peligro de vivir la satisfacción de un goce máximo que la volvería loca, la disolvería o la haría desaparecer (Nasio, 2005).

En el caso de Daniela, ésta parece estar insatisfecha tanto en lo que respecta a su vida amorosa como en lo referente a los aspectos académico y laboral. Ambas cosas están íntimamente relacionadas, pues la elección de determinada carrera ha tenido que ver para Daniela con la búsqueda de la satisfacción del deseo que le supone a su padre de que ella llegue a ser una gran científica e investigadora, con la esperanza de que así llegue a obtener su amor.

Me parece importante retomar en este momento el motivo de consulta de la paciente, el cual estuvo presente durante el resto del tratamiento y en el cual se pueden observar indicios de su deseo y de su insatisfacción constante. Daniela llegó a consulta diciendo que había estado enamorada de un chico desde hacía nueve años, el cual nunca le propuso que fuera su novia. Ella mencionó que “quería superarlo”, ya que, aunque por un lado supiera que nunca se iba a concretar una relación formal, seguía enamorada de él y mantenía cierta esperanza de que algún día él respondiera. Esto que la paciente manifestó como motivo de consulta me parece fundamental, y cobra mayor sentido más adelante en el análisis. A continuación se presenta el fragmento de la primera sesión en donde aparece esto:

Paciente: ... [] Hay un chavo que me gusta desde hace mucho tiempo, y no me lo puedo sacar de la cabeza. De hecho, he tenido otros novios, pero aún así, Enrique me sigue gustando. Y pues esto ya tiene mucho tiempo.

Terapeuta: ¿cuánto tiempo?

Paciente: 9 años. Lo conocí en la secundaria, cuando yo tenía como 14 años. Desde entonces me gusta. Él ya sabe que me gusta, pero él a veces me dice que se siente muy a gusto conmigo, pero que me ve como amiga, que no siente algo más por mí, pero a veces se pone celoso cuando salgo con alguien, como cuando he tenido novio; me dice que no le gusta que le quite atención, me habla a cada rato, quiere que nos veamos, y como a mí me gusta pues salgo más con él, e incluso he dejado de querer al chavo con el que había estado en ese momento y cortábamos. Luego de cortar, Enrique ya me dejaba de hablar tanto, y yo le decía que si estábamos tan unidos es porque había algo, que pareciera que él también me quería, pero me decía que no, que lo que sentía no era amor, sino cariño. [Silencio]... Ya no sé qué hacer, ya no quiero sentir esto por él, ya no quiero estar así. No sé si lo único que tengo que hacer es ya no verlo ni hablar con él, o si tengo que venir a terapia, aunque ya he intentado lo primero y no ha funcionado”.

Pareciera que la paciente estuviera atrapada en un callejón sin salida, o eso es lo que manifiesta que siente. Ha buscado que esto cambie, pero no lo ha logrado y por eso acude a consulta. Esto parece ser la punta del hilo de su sufrimiento que se deja ver en esta sesión, y que habrá que recorrer para llegar a la etiología del mismo y que la paciente pueda hacer cambios. Cabe mencionar que más adelante aparecen aspectos que confirman lo que pensé a partir de dicha primera sesión, que es la presencia de una insatisfacción con respecto de su deseo, deseo que tiene que ver con

el incesto y con la angustia que el cumplimiento del mismo provocaría en la paciente, lo que la ha llevado a determinada forma de elección de pareja, que es una repetición de ese pasado con miras a encontrar una nueva forma de tramitación de lo que no ha podido ser tramitado con respecto a su complejo de Edipo. Más adelante se seguirá trabajando esto en función de los avances del tratamiento.

a. Una larga relación ¿de pareja?

Daniela sostuvo una larga relación con Enrique, misma que nunca tuvo el título de “noviazgo”. Este chico parecía ser aquél que la seducía, que le decía que disfrutaba mucho de la compañía de ella, que le pedía consejos, etc. Para Daniela, él era un chico inteligente, guapo, con el cual hubiera querido tener una relación de noviazgo; sin embargo, nunca se concretó una relación. Enrique era para Daniela como ese padre que nunca respondió a la demanda de amor. Se expone a continuación un fragmento de una sesión:

Sesión del 13 de marzo de 2011:

Paciente: he estado pensando en irme a vivir a otro país. La verdad aquí no tengo nada qué hacer; casi no hay trabajo de lo que estudié, y en otras partes hay más. No estoy unida o apegada a alguien lo suficiente como para quedarme, siempre he sido muy independiente.

Terapeuta: ¿no tendría algo qué ver el hecho de que te quieras ir con estar lejos de Enrique, para olvidarlo, como lo habías mencionado anteriormente?

Paciente: No creo. La verdad ya había pensado en irme desde hace tiempo, ya algunos años. Es que me aburrí de estar aquí.

Terapeuta: ¿No te suena familiar esto?

Paciente: [Risas]...sí, de que ya me aburrí. Todo me aburre. Es que pienso en lo que puedo hacer cuando me gradúe, y no quiero seguir trabajando en un laboratorio; es que no me gusta mucho mi carrera, en lo práctico, pero sí me gustaría dar clases. Pero no quiero hacer sólo eso; quiero hacer investigación, pero en México no pagan por eso, casi no hay.

En la misma sesión, la paciente habló de cómo sus amigas se quejan y lo que eso le molesta, en particular en lo referente a la cuestión amorosa:

Paciente: tengo tres amigas que conozco desde secundaria, pero estuvimos en diferentes prepas. Una estudia Odontología y la veo más seguido; la otra estudia Administración, la veo menos. Me dicen que casi no hablo, que las escucho y me pueden contar lo que les pasa; de hecho se la pasan quejándose de lo que les pasa, que no están conformes tampoco con lo que estudian, más la de Odontología. Me harta eso, que se estén siempre quejando. Ya casi nunca hablo de lo que siento, de lo que me pasa; me reservo mucho.

Terapeuta: bueno, aquí sí lo has hecho.

Paciente: sí. Nunca había hablado estas cosas. Sí saben algo mis amigas, por ejemplo de Enrique, pero muy por encima. Las dos ya andan viendo si se casan, de hecho a una, a la de odontología, ya le dieron anillo, ya se va a casar. Cuando se casen nos vamos a ver menos; por eso digo que no tengo algo que me ate a Monterrey. Me desespera que ellas no hacen nada por sentirse mejor, sólo se quejan. Yo por eso estoy viniendo a terapia. Me acordé de cuando iba con el otro psicólogo, por muy poco tiempo; entrevistó también a mis papás, me aplicó unas pruebas y me dijo que salió que me faltaba madurar.

Terapeuta: ¿y qué piensas de esto que te dijo?

Paciente: Pues no sé; tal vez tenga razón en parte, pero siento que he sido una persona independiente, trabajo, me muevo sola, etc. A lo mejor sí me falta madurar, pero no sé en qué. No se me ocurre nada.

La paciente parece haber estado pensando en hacer cosas en función de Enrique, aunque parece no percatarse de ello. Asimismo, dijo que es reservada con sus amigas, y parece que en el tratamiento también; sin embargo, empezó a hablar de cosas de las cuales no había podido hablar y que son importantes para su proceso. Con respecto a lo que le dijo el psicólogo con el que acudió algunas sesiones acerca de que le faltaba madurar, ella dijo que pensaba que tal vez tendría razón. Más que validar lo que le dijo el psicólogo, me parece interesante que Daniela pensara en la posibilidad

de que le faltara madurar; parece que esto hace sentido en el aspecto de su sexualidad, al no estar claro qué es lo que desea, o bien, al permanecer en la búsqueda de algo que no va a encontrar, idealmente, que es la satisfacción del deseo incestuoso. De esta manera, permanece insatisfecha, en lugar de buscar vivir una sexualidad que se pudiera considerar adulta, que implicaría una renuncia, misma que se daría en relación al deseo incestuoso, para que pueda haber lugar para la búsqueda de una satisfacción, que aunque es parcial, es posible.

Prosiguiendo con el análisis del caso, la paciente habló más adelante de que ya llevaba varias semanas sin hablar con Enrique. Tiempo después, éste le habló para proponerle que se vieran, a lo que ella contestó que no podía; teme que de nuevo se despierte lo que sentía por él, y se queja de que justo cuando lo está empezando a “superar”, como ella lo menciona, él la vuelve a buscar.

Sesión del 9 de mayo de 2012

Paciente: Me fui de viaje a Argentina; estuve allá dos semanas. No había hablado con Enrique desde hace varias semanas, pero la semana pasada me habló. Quería que nos viéramos, pero le dije que no podía. La verdad no lo quiero ver porque creo que todavía no estoy lista para verlo y que ya no me despierte el sentimiento por él. No sé por qué, justo cuando lo estoy empezando a superar, me habla. Ya van varias veces. No sé, como que lo hace adrede.

Pensando en lo que me habías dicho, de que si no dejaba ir a Enrique, no iba a poder entrar alguien más, es cierto, tengo varios

amigos y conocidos, pero ninguno me llama la atención o me gusta. Veo chavos y ninguno me atrae. No es posible que ninguno me atraiga. Pero con Enrique ya sé que no va a haber nunca nada, pero entonces ¿por qué me busca? ¿Por qué quiere que nos veamos solos? En Dinamarca, cuando estuvo de intercambio, ¿por qué me hablaba por teléfono y mucho por el chat? Por eso yo pensaba que a lo mejor ya comenzaba a sentir algo por mí, pero ya sé que no es así.

Un poco después, Daniela empezó a cambiar su postura con respecto a Enrique; cada vez aparecía menos en su discurso, y en una sesión mencionó que temía verlo, ya que no se sentía lista y no estaba segura de si sentiría lo mismo que antes o no.

Sesión del 13 de junio de 2013

Paciente: el lunes que viene cumple años Enrique. Se va a festejar el sábado. No sé si ir; en parte quiero ir y felicitarlo, pero siento que no estoy lista aún para verlo y que no pase nada, que no sienta lo mismo que antes. Ya hace mucho que no lo veo o hablo con él, ya no sueño con él, es el segundo periodo más largo en el que estoy más alejada de él, y de hecho ya no sé si lo quiero o me cae mal. Me da como miedo volverlo a ver.

Terapeuta: ¿qué es lo que te da miedo?

Paciente: No sé. Darme cuenta de que no lo he superado. Ya no quiero sentir algo por él, quiero que se vaya.

Terapeuta: parece que él no se va a ir. No sabemos qué haga. En todo caso, la que puede irse eres tú.

Paciente: la veo difícil, por mis amigos. Ni modo que le diga que no se junte con el grupo por mí; no le quiero tampoco dar importancia no yendo a su fiesta. Me da coraje ya no salir con mis amigos por no verlo. Me cae gordo. Salimos normalmente Alicia, Claudia y sus novios, y Enrique y yo. Si no va Enrique, yo iría de mal quinto. La veo difícil ya no verlo, pero si lo tengo qué hacer, ni modo. Ellas [Alicia y Claudia] se llevan bien con él, y él le pregunta a Alicia por mí y le dice, y no quiero, ni que me cuenten de él, pero se enojan. Como que quieren que nos contentemos. Lo bueno es que ya se va a trabajar a Estados Unidos. Ya quiero que se vaya.

Soñé que estaba con el chavo que me gustaba y otro equis; no me acuerdo de él. De repente parecía uno del salón, luego era otro distinto. Pero Enrique no apareció. Yo no podía en el sueño recordar quién era, ni ahora.

Terapeuta: A lo mejor no lo reconocías porque Enrique está en medio.

Se puede ver que la paciente parece estar tratando de hacer cambios con respecto a su sexualidad, empezando por dejar de buscar a Enrique, no seguirle el juego cuando él la busca y pensando en no salir ya con él. Si bien la distancia física por sí misma no es la solución, es un paso importante; parece estarse moviendo de una

posición pasiva, en donde ella actuaba conforme a lo que Enrique quisiera, a una posición activa, en donde ella decide romper con el juego de seducción en donde no se concretaba una relación de pareja. De esta manera, Daniela se empieza a ver como alguien que puede elegir a alguien como pareja y no sólo quien puede ser elegida, y que puede acceder a vivir una sexualidad adulta.

Más adelante, Daniela comienza una relación con otro chico al que llamaré Alonso. Si bien, en la categoría “Una nueva forma de satisfacción” trabajaré con mayor profundidad el aspecto de los cambios que la paciente ha hecho, en donde se puede ubicar el análisis de esta nueva relación, me parece pertinente mencionarlo en este momento para mostrar el giro que va tomando esta relación que permaneció indefinida. En seguida se presentan fragmentos de sesiones en donde se puede ver esto.

Paciente: ya no siento nada por él [por Enrique], ya no pienso en él, bueno, de repente hay cosas que me lo recuerdan, como verlo en Facebook, o cuando alguna amiga me dice que ha hablado con él, etc. Pero ya no pienso en él así de repente, de la nada como antes.

Terapeuta: aunque dices que ya no sientes nada por él, hay algo que te sigue teniendo ligada a él, algo que te produce satisfacción.

Paciente: pero no me gusta, de hecho es malo, me ha hecho daño.

Terapeuta: es algo que está más allá de la conciencia. Por algo lo traes a la sesión. Si fuera totalmente malo, tal vez no lo pensarías tan seguido; hay algo que te produce goce.

Paciente: desde hace mucho tiempo que me hace daño, del año pasado para acá me he dado cuenta de que me ha hecho sufrir, que me lastima. Desde que vengo aquí, desde el año pasado, me he dado cuenta de eso, y no sé por qué no lo veía antes.

En la misma sesión, aparece algo importante que tiene que ver con la definición, mejor dicho, con la indefinición de la relación, que favorece la fantasía de Daniela y que la lleva a estar en un estado de insatisfacción, y a la vez, la protege de la angustia de que la demanda de amor fuera satisfecha, lo cual pudiera empezar por el establecimiento o nombramiento de una “relación de pareja” o de “noviazgo”.

Paciente: Con otros novios también he sentido que los he engañado con Enrique, aunque nunca he andado con él, y viceversa, he sentido que a Enrique lo engaño con los otros. Es raro. Enrique me decía que no quería etiquetar la relación con la pareja con la que anduviera. Entonces yo no sabía qué o cómo actuar, si le tenía qué avisar que andaba saliendo con alguien más o qué onda. Era algo muy ambiguo.

Terapeuta: Bueno, es que esperabas que él definiera las cosas, y es algo que tú tienes qué definir, y no para él o para los demás, sino para tí.

Paciente: Sí, no es para que las demás personas sepan, pero la pareja sí lo debe tener claro. Y bueno, también es algo obvio para los demás que son pareja, pues no van a decir que no lo son; por

ejemplo, un amigo no va seguido a mi casa, y no voy a decir que no hay nada porque no es cierto. Pero ya no siento interés en él, no he intentado hablar con él por chat; desde que se fue que empecé a salir con Gabriel y con Alonso y ya no pensaba en Enrique. Cuando empecé a andar con Alonso, menos. Pero no quiero buscar en alguien más lo que se supone que me gusta de Enrique, él me ha hecho daño, no me gusta.

Terapeuta: Claro, no tienes que repetir lo mismo, pero primero tienes qué conocerlo para que puedas decidir qué hacer con eso.

b. Una vocación prestada

El deseo de la paciente por obtener el amor del padre, es decir, la satisfacción del deseo incestuoso, que a su vez trata de evitar, tiene una relación estrecha con la elección de carrera que hace y con su dificultad para terminar los proyectos que emprende. A continuación se presentan algunos fragmentos de sesiones y el análisis de los mismos.

Sesión del 13 de marzo de 2011:

Paciente: he estado pensando en irme a vivir a otro país. La verdad aquí no tengo nada qué hacer; casi no hay trabajo de lo que estudié, y en otras partes hay más.

...[] Todo me aburre. Es que pienso en lo que puedo hacer cuando me gradúe, y no quiero seguir trabajando en un laboratorio; es que

no me gusta mucho mi carrera, en lo práctico, pero sí me gustaría dar clases. Pero no quiero hacer sólo eso; quiero hacer investigación, pero en México no pagan por eso, casi no hay.

Daniela parece cuestionarse acerca de su elección profesional. Se muestra ambivalente; por un lado menciona la posibilidad de irse a otro país en donde pueda encontrar trabajo en su área de estudios más fácilmente, y por otro lado dice que no le gusta mucho su carrera ni lo que está haciendo en la práctica. Una posibilidad que encuentra interesante es el dar clases. En cuanto a la idea de querer hacer investigación, más adelante menciona que no es algo que le gustaría hacer. Se expondrán a continuación más viñetas de sesiones para clarificar lo anterior.

Sesión del 26 de abril de 2011

Paciente: A lo mejor entro a trabajar a una secundaria para dar algunas materias de mi área, como Biología, Química, Laboratorio, etc. Eso creo que me va a gustar y no me va a aburrir, porque los alumnos cambian cada año, puedo cambiar las actividades que les encargue, etc.

Terapeuta: ¿Crees entonces que no te vas a aburrir?

Paciente: No sé, es algo que voy a empezar. [Se ríe]...Empezar, como ya lo habíamos hablado. Es que sólo me gusta empezar, y eso apenas lo voy a empezar, bueno, es probable. Pero como te decía, los grupos cambian, las materias a lo mejor también, las actividades; es algo que me gusta, ser maestra y de mi área, y es

estar leyendo constantemente. Bueno, también he pensado en irme acabando la carrera. No hay algo que me ate aquí, de hecho es mejor en cuanto al tema de Enrique, que sí me ayudaría a superarlo estar lejos, aunque sé que no necesariamente tengo que estar lejos, pues cuando estaba en Dinamarca me hablaba más que estando aquí. Pero, aparte me aburro de estar en el mismo lugar. [Se ríe] “empezar”.

Sesión del 23 de agosto de 2011

Paciente: Me he puesto a pensar en que no me gusta al 100% lo que estoy estudiando, pero no me quisiera cambiar de carrera, pues ya no me falta casi nada para terminar, en diciembre. No sé, como que ya me desesperé de estar en el laboratorio trabajando en lo mismo. Es que cuando empiezo algo y aprendo cómo se hace, después me aburro haciendo lo mismo, tiene que ser nuevo para que me guste. Y Biotecnología sí me gusta, pero siento que ya aprendí lo que tenía que aprender, ya no hay algo así nuevo, y ya no estudio, no quiero ir a clases. O sea sí voy, pero me da mucha flojera porque ya me sé las cosas. Me gusta hacer las cosas por el resultado, me gusta por ejemplo sacar buenas calificaciones, pero a veces no me gusta el contenido de las clases, o en el laboratorio, me gusta llegar al resultado del experimento que esté haciendo, pero el proceso me da flojera, no me gusta esperar. A veces me gustaría que pasara el tiempo rápido, pero hay cosas que no se pueden adelantar; por

ejemplo, las bacterias necesitan un determinado tiempo para crecer y que yo pueda ver algún resultado, y eso me desespera. Y es que no hay mucho trabajo para biotecnólogos, y a veces pienso que puedo estudiar mejor algo de negocios donde sí haya suficientes empleos. Pero como te decía, no quisiera tirar a la basura tanto tiempo de estudio. Tal vez me convenga terminar esta carrera y ya después veré si quiero estudiar otra cosa o no. No sé... [Silencio].

Terapeuta: ¿qué es lo que quisieras hacer?

Paciente: pues, es que sí me gusta mucho trabajar en el laboratorio, me gusta experimentar con bacterias, con cepas, etc. Pero pienso que no me va a dejar mucho dinero. Aparte, me desespero porque en el laboratorio donde trabajo está muy pequeño, y me siento como encerrada. No que sea claustrofóbica, pero me aburro viendo lo mismo. A veces no hay mucho trabajo, sólo tengo que esperar a que crezcan las bacterias, y entonces me puedo ir temprano, pero a veces ya está todo listo y tengo que analizar rápido muchas cosas y me tengo que quedar más tiempo, hasta terminar. Lo que me gusta es la flexibilidad en el horario.

Por un lado, parece que varias cosas que Daniela ha manifestado en su discurso empiezan a tomar sentido, como el hecho de que algunas actividades que emprende le empiezan a resultar aburridas cuando las domina, y el hecho de que empiece a dudar acerca de su elección de carrera. Con respecto a lo primero, pareciera como si al conocer las cosas, perdieran su atractivo, parecido en cierto modo a los chicos que la

pretenden y con los cuales ha entablado una relación de noviazgo. Con respecto a lo segundo, que es la duda que aparece con respecto a su vocación, me parece algo positivo, que pudiera considerarse como un avance en el tratamiento; empieza a poner en duda su deseo, que se extiende de lo profesional a lo sexual. Esto cobrará sentido poco tiempo después en el tratamiento, cuando habla de recuerdos acerca de que su padre le ha dicho desde que ella era pequeña que era buena para lo relativo a las ciencias y la tecnología. Asimismo, otro factor que ha influido en la decisión de Daniela de estudiar Biotecnología es el hecho de que el padre sea médico.

En los fragmentos de sesiones que se muestran a continuación, aparece de manera más clara lo anterior.

Sesión del 24 de enero de 2012

Terapeuta: [A propósito de la disculpa de la paciente por haber cancelado las últimas dos sesiones]. [...] Me parece que las cancelaciones tienen que ver con tu tratamiento. ¿Tal vez no quieras llegar a tu sesión, para evitar hablar y trabajar cosas?

Paciente: la verdad yo pienso que es porque el horario estaba muy apretado, porque me surgían cosas como quedarme con alguna alumna, etc. Sí a veces me da flojera venir, pero no nada más me pasa aquí, también me pasa en otras partes. Por ejemplo en el laboratorio y en la escuela de inglés; voy aunque no me guste tanto. Si voy a hacer cambios los hago si son cosas grandes.

Terapeuta: ¿Como qué cosas?

Paciente: como lo de Enrique. Era algo que me estaba afectando mucho desde hacía mucho tiempo, y pues creo que ya lo superé, eso sí lo pude cambiar, pero cosas pequeñas como el que no esté tan a gusto en la escuela de inglés, pues no, porque no me molesta mucho hacerlo. Igual en el laboratorio, ya no quiero ir, pero tampoco me molesta tanto ir.

Terapeuta: ¿Entonces piensas seguir haciendo cosas sólo porque no te molesta tanto hacerlas?

Paciente: no, me gusta dar clases, y me estoy preparando con las clases que doy de inglés, que aunque la materia sea la que no me guste, el hecho de dar clases sí me gusta, el dejarles algo a los demás. He pensado en cambiar de carrera, es decir, profesionalmente, laboralmente. Antes quería ser investigadora, incluso tenía la fantasía de ganar el Premio Nobel, pero ya no, ya no quiero investigar, se me hace aburrido. Es que los investigadores hacen estudios pero pocos los conocen; como el doctor del laboratorio, que nos muestra sus investigaciones a nosotros los que estamos ahí, y nada más. En cambio, me gustaría hacer algo que sí ayude a más gente, como el dar clases, ayudar a otros a aprender, etc. Sé que para dar clases de Biología, etc., en secundaria, necesito tener experiencia con alumnos de esa edad, y en la escuela de inglés ya tengo un grupo de niños de secundaria, que aunque no me guste

enseñar inglés, estoy teniendo la experiencia como maestra. Me gusta mucho esa edad, de los de secundaria.

También ya me quiero titular, si no es por tesis, por promedio. Me desespera que sólo me falta un experimento en el laboratorio para mi tesis, pero ya no quiero ir... Quisiera que el doctor me corriera.

Terapeuta: lo que me llama la atención es que prefieras que te corran a renunciar tú.

Paciente: no quiero renunciar porque sentiría que me estoy dando por vencida, y no quiero eso [comienza a llorar]. Prefiero salirme porque el doctor ya no me quiere que porque yo ya no quise.

Terapeuta: ¿se te hace poco el que ya no quieras estar ahí?

Paciente: en este caso sí, no se me hace una razón suficiente o válida. Por ejemplo, las tareas: no puedo no hacer una tarea sólo porque no quiero, no se me hace una razón válida. Por eso prefiero dejar de ir al laboratorio en el caso de que el doctor ya no me quisiera.

Terapeuta: pareciera como si ahí estuviera involucrada una cuestión afectiva, es decir, es llamativo que digas que prefieres salirte porque el doctor ya no te quiere que porque tú ya no quisiste, como si al que no fueras a querer fuera a él, como si lo fueras a lastimar.

Paciente: al laboratorio y a mis compañeros sí los quiero, pero al doctor no. Nunca nos llevamos así muy bien, digo, nos saludamos bien, él nos pregunta acerca de cómo nos va, acerca de nuestra familia, etc., pero nunca ha habido cercanía. Él creo que nunca ha corrido a alguien, solamente una vez le preguntó a alguien si ya no quería seguir yendo. Siento que igual un día va a llegar y me va a preguntar si quiero seguir yendo, y no sabría qué contestarle... Pero no creo que me pregunte.

Terapeuta: Parece que estás poniendo la responsabilidad en el doctor, siendo que podrías tomar tú esa responsabilidad y renunciar.

Paciente: es que no quiero sentir que me doy por vencida, no lo puedo hacer. No siento que le esté poniendo esa responsabilidad. Digo, sólo me falta un experimento, sólo que es muy tardado, como dos semanas, y nunca me salen bien a la primera. Ya me quiero titular; me puse como límite para hacer los trámites de la titulación a finales de febrero. Entonces, si no me gradúo por tesis, va a ser por promedio, y la tesis puede servir como investigación del laboratorio, y el doctor puede publicar artículos que se desprendan de ella, pero ya no va a ser tesis de la universidad.

De hecho, la que está dirigiendo realmente la tesis es Rosy, que es la responsable de varios proyectos. Ella no me cae muy bien y creo que yo no le caigo bien a ella. Ya estoy haciendo lo mínimo que me

piden en el laboratorio; estoy en el Facebook mucho tiempo; es normal que la gente se meta al Facebook, pero no la mayor parte del tiempo. Rosy me ha dado indirectas de que no le gusta que esté mucho tiempo en el Facebook; dijo un comentario para todos de que estábamos perdiendo mucho tiempo en eso, y la verdad me cayó el saco, no sé a los demás, pero por mí sé que sí lo decía [se queda en silencio].

Terapeuta: ¿en qué piensas?

Paciente: pensaba que sí hay cosas buenas, como Alonso. La verdad, si no fuera por Alonso, se me haría mucho más pesado todo; el tiempo se me pasaría muy lento en el laboratorio. Me gusta mucho estar con él.

Terapeuta: bueno, vamos a dejar aquí por hoy.

Paciente: ok.

En estas dos sesiones, la paciente manifiesta que no está a gusto con lo que ha estado haciendo en el ámbito académico y profesional en cierto sentido. Pareciera que le gusta la rama de las ciencias biológicas, pero no la idea de trabajar haciendo investigación, estando en un laboratorio sola, esperando procesos que se dan de manera lenta y que en varias ocasiones no resultan como los esperaba. Este gusto por las ciencias biológicas tiene que ver, como se puede observar en otros fragmentos de viñetas, con el deseo que la paciente atribuye al padre de que llegue a ser una gran científica e investigadora, lo cual recuerda que pasa desde que ella era pequeña. Al

parecer, estaba viendo en cierto modo al padre en la figura del jefe; parece estar experimentando deseos agresivos hacia él, con el cuál decía no estar a gusto, en parte porque no sentía que hubiera cercanía como con los compañeros de trabajo. Puede ser que el hecho de no querer renunciar ella fuera por la culpa que sentiría al despreciar al jefe, y esa culpa se vería disminuida si es él quien la corre. Parece que le cuesta trabajo asumir su propio deseo, y prefiere seguir en la línea de la satisfacción del deseo del otro: del jefe y, en el origen, del de su padre.

A continuación se presentan unos fragmentos de sesiones en donde se ve cómo la paciente se va moviendo de lugar, mostrándose más firme en cuanto a lo que quiere y no quiere hacer, y en donde finalmente toma una decisión en función de esto. Asimismo, habla de un recuerdo, el cual puede tratarse de un recuerdo encubridor, en donde la paciente habla de las expectativas de su padre desde que ella era pequeña, mismas que ella trata de satisfacer, apropiándose de ellas, en la esperanza de que al hacerlo, el padre finalmente la tomara como objeto de amor, es decir, que así respondiera a la demanda de amor de ella y se diera el cumplimiento de deseo incestuoso, donde la angustia ante la posibilidad de que dicho deseo se cumpliera ha estado presente desde entonces; es decir, el fantasma edípico reaparece en el presente.

El deseo incestuoso, o bien, el fantasma edípico, ha resurgido en la etapa genital, poniéndose en juego en el ámbito de las relaciones de pareja de la paciente, en particular con Enrique, quien, al igual que el padre, no ha respondido del todo a la demanda de amor, no ha accedido al cumplimiento de deseo incestuoso.

Paradójicamente, si ese deseo incestuoso fuera satisfecho, sobrevendría una angustia

terrible, por lo cual, ese chico que no responde es precisamente el ideal para Daniela, ya que está ahí en el juego de seducción, pero no amenaza con responder y cumplir el deseo.

Sesión del 26 de enero del 2012

Paciente: En el laboratorio el doctor nos dijo que ahora teníamos que entrar a las 9:00 am. No le dije que ahora estoy dando clases en la mañana y que salgo a las 10:00 am. Es que ya le había dicho que me tengo que ir antes porque doy clases en la tarde, y no sé qué me vaya a decir si le digo que voy a entrar tarde. Ya no quiero ir (puso cara de tristeza). Ya no quiero terminar la tesis, me quiero graduar por promedio (comienza a llorar). Es que me siento muy mal, y pienso que es por el laboratorio. Ya no quiero seguir, siento que estoy gastando energía y tiempo en algo que realmente no me gusta hacer, que he estado haciendo sólo por cumplir con cosas que realmente no me interesan.

Sesión del 31 de enero de 2012

Paciente: Ya renuncié al laboratorio.

Terapeuta: Qué bien.

Paciente: ¡sí! (pone cara contenta). Hablé ayer con el doctor y le dije que ya no quería ir, bueno, le dije que ya no podía, porque ya no quería... y me dijo que no había problema, que no pasaba nada, que

solamente dejara las cosas ordenadas, que era algo que yo ya sabía, y ya fue todo. Le dije que no me gustaba la investigación, que me gustaría ser maestra, y me dijo que qué bueno que tenía algo que me gustara; y hoy creo que va a ser el último día que voy.

Terapeuta: ¿y cómo te sientes?

Paciente: muy bien, la verdad ya no quería ir; me siento bien porque ya voy a tener las mañanas libres para hacer lo que me dé la gana. Lo único es que mis papás como que se decepcionaron un poco. Me da coraje. Mi mamá antes me decía que ya no fuera al laboratorio, que sólo iba para estar lo menos posible en la casa, ideas que no eran ciertas. Y mi papá siento que se decepcionó; me dijo que qué mala onda que ya no quería ser investigadora. Él ya tenía como que un plan para mí, que en un principio era un plan que yo me había planteado, pero que ya no quise seguir.

Paciente: Ya no me gusta investigar, se me hace un trabajo muy solitario. No quiero estar encerrada investigando toda mi vida, en cambio, sí me gustaría trabajar dando clases, eso se me hace divertido, estaría con gente siempre.

Paciente: De repente no estoy segura de haber elegido la carrera que elegí; siento que mi papá tuvo que ver porque él siempre me dijo que yo tenía el perfil de científica. Bueno, sí me gusta mucho, y me gustaría dar clases de ciencias. De hecho, hubo un momento en el

que yo pensaba en estudiar medicina, y mi papá se emocionó mucho, pues quería que fuera como él, que es médico. Pero luego fui viendo que realmente no quería ser doctora; de hecho no me imagino como doctora, haciendo operaciones.

Mi papá me decía que yo tenía el perfil de científica porque veía que me gustaba la astronomía, lo que veía en la primaria de los planetas, las estrellas, etc., y a mi hermana le decía que tenía el perfil de artista, porque le gustaba mucho dibujar. Pero a mí también me gusta el arte, sólo que no me gusta dibujar, pero es algo muy diferente.

Daniela finalmente pudo moverse de lugar, y decidió renunciar al trabajo en el laboratorio, asumiendo lo que eso implica, entre otras cosas la posibilidad de decepcionar a sus papás, en particular a su papá. Se puede observar cómo la paciente le suponía un deseo a su papá acerca de que ella llegara a ser científica, ante lo cual ella se planteó la idea de que si satisfacía dicho deseo, podría acceder al amor de su padre. Ella permaneció durante mucho tiempo buscando satisfacer ese deseo, estudiando algo relacionado con las ciencias y haciendo investigación; sin embargo, fue capaz de renunciar a la búsqueda de la satisfacción del supuesto deseo del padre para entonces buscar satisfacer su propio deseo con respecto al ámbito profesional. Cabe aclarar que esto no quiere decir que el deseo incestuoso haya desaparecido, sino que Daniela lo pudo reconocer, lo cual facilitó el hecho de renunciar a él, asumiendo el malestar que le provoca el hecho de decepcionar a su padre.

En torno al tema de la castración, éste ha estado presente durante el análisis de este caso, tal vez de manera implícita en algunos momentos. Sin embargo, es pertinente destacar su importancia, ya que es un eje central en la estructuración del psiquismo de la paciente. El padre juega aquí un papel importante; este padre parece no haberse mantenido en una postura sólida en cuanto a la no satisfacción de la demanda de su hija, ya que se muestra seductor en varias ocasiones. Esto de alguna manera resulta para Daniela un motor para la fantasía; por ejemplo, el hecho de mencionarle a su hija las aptitudes que ve en ella para las ciencias y las cuestiones tecnológicas y el decirle que le gustaría que alguna de sus hijas estudiara medicina o algo relacionado con el campo de la salud, son cosas que la paciente ha interpretado como demandas hacia ella, y al ir decidiendo hacer cosas distintas, ha pensado que su padre se podría decepcionar.

Dentro de esa misma sesión, la paciente habló de algo que me parece muy importante en el curso del tratamiento. Tiene que ver con otro recuerdo de cuando era pequeña, que al igual que el anterior, pienso que puede tratarse de un recuerdo encubridor, es decir, que tuvo lugar no necesariamente en la realidad material, sino en la realidad psíquica y que tiene gran significatividad para el entendimiento de varias cosas relacionadas con la demanda de amor hacia el padre, y de la búsqueda de ella por satisfacer lo que piensa que es el deseo de él en la esperanza de obtener su amor.

Paciente: No sé porqué siempre me acuerdo de esto; de chiquita, mi hermana tomaba las revistas de mi mamá y sólo veía las fotos, pues se le hacía bien aburrido lo demás. A mí también me gustaba ver las revistas de mi mamá, pero también sólo las fotos, aunque ya sabía

leer; tenía como seis años. Entonces, mi hermana le pedía a mi mamá que le comprara revistas de Barbie, y no me gustaban tanto, pero en una revista venía una sección en donde te decía que dibujaras como cuando estabas sin hacer nada, por ejemplo en clase, los dibujitos que solías hacer en el cuaderno, así como espirales, cuadritos, etc., y luego venía la descripción de cómo era tu personalidad dependiendo de lo que solías dibujar. Yo leí primero la descripción, antes de hacer los dibujos, y me llamó la atención el cubo; decía que quienes dibujaban cubos eran personas muy ordenadas, que les gustaba seguir las reglas, que eran personas cuadradas, con gusto por lo matemático. No sé porqué me gustó eso, pensé que yo debía ser así; entonces, empecé a dibujar cubos en mis libretas. De hecho, no sé qué fue lo que realmente dibujé en la revista, pero era muy diferente al cubo.

Terapeuta: me parece que hay que seguir buscando qué es lo que realmente eres, lo que quieres en tu vida, así como la figura que no recuerdas que dibujaste en aquella revista. Yo creo que has avanzado en esa búsqueda, te has dado cuenta de muchas cosas y has hecho cambios.

Paciente: sí

Terapeuta: por otro lado, te das cuenta de que tu papá ha tenido mucho que ver en tu desarrollo, en cómo estás ahora, pero te

detienes para decir que es algo que te enoja, diciendo que no tiene la culpa, que tú has decidido lo que has querido hacer. Me parece que es algo positivo que puedas expresar lo que sientes.

Paciente: pero es que no es malo. No creo que haya hecho las cosas sabiendo que me iba a hacer daño, mínimo no creo que haya sido consciente, bueno, eso creo. Creo que él ha hecho las cosas que ha considerado mejor para nosotras. Me choca la gente que se la pasa diciendo todo el tiempo: “es que por culpa de mi papá...”.

Terapeuta: bueno, no se trata de que te la pases ahora culpándolo como tú dices, sino que puedas reconocer que te dan coraje algunas cosas, que sientes enojo hacia él al recordar o pensar en ciertas cosas. Y bueno, muchas veces los padres hacen cosas que tienen consecuencias negativas en sus hijos, y no se percatan de ello; el que no lo hagan consciente no implica que no haya consecuencias.

La siguiente sesión, Daniela habló al inicio acerca de lo que estuvo pensando acerca de ese recuerdo, lo cual se puede observar en el siguiente fragmento de viñeta:

Sesión del 2 de febrero de 2012

Paciente: ya sé qué figura dibujo; dibujo florecitas, y arbolitos. Me di cuenta porque estaba un día en la academia de inglés aburrida, y estaba haciendo dibujitos en la libreta, y eran florecitas. Bueno, también hago cubitos, pero porque me acostumbré a hacerlos desde que era niña. Todavía me acuerdo de esa revista donde venía ese

test. Pero no sé porqué en ese momento pensé que debía ser como la descripción del cubito, según yo nadie me había dicho que debía de ser así.

Terapeuta: bueno, tal vez tu papá ya tenía pensado en cómo quería que fueras, aunque sea de manera inconsciente, y él de alguna manera te transmitía ese deseo de él. Así como cuando te decía de pequeña que tú tenías perfil de científica, etc.; de hecho, te empiezas a cuestionar incluso de si la carrera que estudiaste realmente te gusta y la elegiste tú, o si el deseo de estudiarla era de alguien más, así como el estar en el laboratorio, de repente te diste cuenta de que tú no querías estar ahí y que estabas porque era algo que “tenías que hacer”, que alguien más deseaba que hicieras, y no tú.

Paciente: sí.

Aquí se pueden observar varias cosas; en primera instancia, cómo ella, a través del trabajo que se ha hecho en el análisis, ha puesto en palabras varias cosas que la han llevado a conocerse y a hacer cambios en su subjetividad. Este recuerdo, el cual presumo que se trate de un recuerdo encubridor debido a la edad que la paciente refiere haber tenido la cuando esto ocurrió, tiene que ver con el deseo de llegar a obtener el amor del padre mediante los intentos de llegar a ser como piensa que él lo desea; es por esto que se decide a revisar primero las descripciones de la personalidad de quienes dibujan tal o cual cosa, y decide dibujar determinada figura, en este caso el cubito, que tiene que ver, para la paciente, con personas a quienes les gusta la ciencia,

los números, es decir, personas que tienen las características que supuestamente el padre busca en ella. Esta búsqueda constante por agradar al padre y obtener su amor, ha prevalecido hasta la edad adulta, en donde ya no busca el amor del padre en el padre biológico, sino en un subrogado de él, que en este caso es Enrique.

Profundizando un poco más en este recuerdo, se puede pensar en la descripción del cubo que hace Daniela como una serie de rasgos obsesivos, que representan la contraparte de la satisfacción del deseo. Estos rasgos obsesivos, como formaciones de compromiso, son manifestaciones que apuntan a la satisfacción del deseo, pero también la garantía de que éste no se va a cumplir, misma que es importante por la angustia que sobrevendría en el caso de que el deseo fuera satisfecho.

2) Una nueva forma de satisfacción

Daniela ha logrado hacer varios cambios a lo largo del tratamiento. Ha hecho conscientes varias cosas que tienen que ver con su sufrimiento, como lo referente a Enrique; pudo darse cuenta de que lo que estaba buscando tenía que ver con la búsqueda del amor del padre, por lo cual, había elegido a una pareja que no le respondiera, en el entendido de que así, el deseo seguiría vigente, y a su vez, el hecho de que se llegara a cumplir el deseo incestuoso sería algo muy angustiante para ella; es así como Enrique se convirtió en el chico ideal para sostener lo anterior. Sin embargo, Daniela pudo darse cuenta de que al seguir a su lado, o más bien, detrás de él, seguiría encontrando el mismo tipo de satisfacción que le resultaba tan limitado; entonces, al señalarle esto, la paciente decide buscar otro tipo de satisfacción, lo que implica una renuncia a la forma de satisfacción anterior y por consiguiente, un acceso a una

sexualidad adulta. Es entonces cuando ella puede voltear a ver a alguien más y emprender una relación con él.

Es importante tomar en cuenta algunos aspectos teóricos para el análisis de los contenidos de esta categoría. Uno de ellos es el concepto de fantasma edípico, que Freud lo utiliza para designar la vida imaginaria del sujeto y el modo en que éste se representa a sí mismo en su historia o la historia de sus orígenes; también es llamado fantasma originario (Roudinesco y Plon, 1998). Como lo plantea Freud, el fantasma edípico tiene que ver con el deseo de la niña de tener un hijo del padre; está ligado al deseo incestuoso, siendo el fantasma el que prevalece y el que va a hacer su aparición en la fase genital del desarrollo del sujeto.

Por otro lado, cabe resaltar la importancia del aspecto técnico, es decir, de las cosas que se deben de dar para que se den movimientos en el análisis. Es necesario que la paciente haga un trabajo de reelaboración, para que pueda encontrar el sentido de sus síntomas, que tome consciencia de lo que ha estado repitiendo del pasado y que la ha llevado a experimentar sufrimiento; es importante que se pueda posicionar de una manera distinta ante su propia subjetividad, lo cual la va a llevar a hacer cosas distintas, posibilitándola para encontrar una nueva forma de satisfacción.

Para que se pueda dar esta reelaboración, es necesario analizar la transferencia, elemento de suma importancia en un tratamiento analítico, ya que se pone en acto lo olvidado y reprimido, es decir, se repite durante el proceso. Asimismo, la resistencia es otro elemento presente en el análisis, misma que aparece frente a la exhortación que el analista le hace al paciente para que hable de todo lo que se le ocurra, diciendo que no

se le ocurre nada o quedándose callado. Estos dos elementos, transferencia y resistencia, mantienen una relación estrecha con la compulsión a la repetición; cabe destacar la afirmación de Freud acerca de que la transferencia misma es una pieza de repetición, y esta última es a su vez la transferencia del pasado que ha sido olvidado, y que no sólo se da sobre el médico o analista, sino también sobre los otros ámbitos de la situación presente (Freud, 1914).

a) Reconocimiento de la “locura” del padre y de su propio deseo

En seguida se presentan fragmentos de sesiones de la paciente en donde se pueden ver aspectos relacionados con lo anterior. Por un lado, aparece el papá en su discurso; habla de su “locura”, de las cosas que empieza a identificar en él como no muy sanas, y su preocupación por su salud mental. Asimismo, aparece la cuestión de las relaciones de pareja, en donde aparecen dos chicos que le llaman la atención, y termina enamorándose de uno de ellos. Parece que se empieza a fijar en cosas distintas en los hombres, ya no permanece aferrada a determinadas cosas. Ambos aspectos, el reconocimiento de la “locura” del papá, y el hecho de poder voltear la mirada hacia otro hombre, en el cual reconoce cualidades y defectos, van de la mano; tienen que ver con un avance en su proceso, con un reconocimiento de varios aspectos de su propia neurosis, con una renuncia a ciertas cosas y el consiguiente encuentro de otras: es el comienzo de una renuncia al modo anterior de satisfacción que resulta paradójicamente en una insatisfacción. Daniela va moviéndose de una constante insatisfacción de su deseo a la búsqueda de una satisfacción, que comienza por el reconocimiento del mismo deseo.

...[] *Paciente:* Mi papá me desespera muchas veces. Se queja de cosas tontas, se enoja por tonterías. Por ejemplo, puso café en la cafetera y la colocó mal; entonces se derramó el café y la cafetera dejó de funcionar. Mi mamá se dio cuenta después de que la cafetera no funcionaba y preguntó si alguien la había usado. Mi papá reaccionó enojado; le dijo que él había sido, que es muy torpe, que no sabe hacer bien las cosas, etc. No sé porqué se pone así, si es algo que a cualquiera le puede pasar. Después la cafetera se secó y ya funcionó de nuevo.

...[] *Paciente:* Mi papá se cambió de clínica. Es que en donde estaba, estaba como jefe, pero no lo subieron a esa categoría, y no es muy bueno con cosas de administración; según él sí, pero no, y de hecho le gusta más lo técnico, su trabajo en sí, no lo administrativo. De hecho sé que es muy bueno en lo que hace, porque lo buscan mucho otros médicos, etc. Pero no sé porqué se siente tan mal y es tan enojón. Yo pienso que debería de ir a terapia, y le he dicho, pero dice que no, que ya a estas alturas qué va a hacer en terapia, etc. Eso me desespera, porque lo quiero ayudar, pero no quiere y no sé cómo. Cada vez me doy más cuenta de que mi papá tiene varias cosas raras.

Terapeuta: bueno, va a ser difícil que tú puedas hacer algo, pienso que no deberías de cargar con eso, porque sólo él puede hacer algo por él mismo. Por otro lado, cada vez se te hacen raras más cosas de tu papá porque has avanzado en tu propio proceso de análisis; así como te has dado cuenta de cosas tuyas y has cambiado tu manera de ver ciertas cosas, también ves diferentes las cosas de los demás; me parece que es algo muy positivo.

Aquí se puede observar lo antes mencionado acerca del reconocimiento que hace la paciente de la locura del padre; éste ya no aparece en su discurso como aquél padre idealizado, sino que aparece para ella como alguien que sufre y que tiene defectos. Por otro lado, se cree pertinente retomar en este momento la fantasía de la paciente acerca de que el padre deseaba que llegara a ser una gran científica, misma que se manifiesta mediante el recuerdo de que su padre le decía cuando era niña que era muy buena para las matemáticas, la ciencia y la tecnología, y el recuerdo del test de la revista de su hermana, en donde elegía dibujar cubitos, ya que eso significaba que le gustaban los números, el orden, etcétera. Se retoma un pequeño fragmento de esto:

Paciente: [...] me llamó la atención el cubo; decía que quienes dibujaban cubos eran personas muy ordenadas, que les gustaba seguir las reglas, que eran personas cuadradas, con gusto por lo matemático. No sé porqué me gustó eso, pensé que yo debía ser así; entonces, empecé a dibujar cubos en mis libretas.

Como se planteó en la categoría anterior, esto, además de significar que probablemente Daniela buscaba hacer cosas por satisfacer el supuesto deseo del padre, puede interpretarse como una serie de rasgos obsesivos que presentaba como defensa contra la angustia ante la posible satisfacción del deseo.

A este respecto, es importante resaltar lo que la paciente menciona la sesión posterior acerca de que recordó cuál era el dibujo que en realidad hacía cuando era pequeña, antes de hacer el citado test: florecitas y arbolitos: “ya sé qué figura dibujo; dibujo florecitas, y arbolitos. Me di cuenta porque estaba un día en la academia de inglés aburrida, y estaba haciendo dibujitos en la libreta, y eran florecitas”. En este momento del tratamiento, Daniela parece estar en la búsqueda de su deseo; se percata de que varias cosas que solía hacer no las hacía por un interés genuino sino un interés basado, como lo he venido mencionando, en el deseo que le supone al padre.

Asimismo, el aspecto académico y laboral está íntimamente ligado con lo anterior; Daniela se cuestiona acerca de la carrera que eligió y que está por terminar y se cuestiona acerca de su actividad en el laboratorio y la posibilidad de quedarse ahí a trabajar. Recordemos que la paciente comenzó a hablar acerca de su inconformidad con permanecer en el laboratorio, ante lo cual atravesó por una dificultad inicial para decidir renunciar a ello, prefiriendo que fuera el jefe quien la corriera. En seguida se retoma un fragmento de una sesión que, aunque ya se había presentado en la categoría anterior, es importante en este momento.

Sesión del 24 de enero de 2012

Paciente: También ya me quiero titular, si no es por tesis, por promedio. Me desespera que sólo me falta un experimento en el laboratorio para mi tesis, pero ya no quiero ir... Quisiera que el doctor me corriera.

Terapeuta: lo que me llama la atención es que prefieras que te corran a renunciar tú.

Paciente: no quiero renunciar porque sentiría que me estoy dando por vencida, y no quiero eso [comienza a llorar]. Prefiero salirme porque el doctor ya no me quiere que porque yo ya no quise.

Como se planteó en la categoría anterior, parece que Daniela estaba viendo al padre en la figura de su jefe, en donde parecía experimentar deseos agresivos hacia él, tal vez porque pensaba que tenía una mayor cercanía con sus demás compañeros de trabajo. Asimismo, el hecho de no querer renunciar ella puede estar relacionado con el sentimiento de culpa que sentía ante la posibilidad de despreciar al jefe, misma que pudiera disminuir si es él quien la corre. Esto tiene que ver con el trabajo que le costaba asumir su propio deseo, prefiriendo seguir en la línea de la satisfacción del deseo del otro, en este caso, de su padre.

Más adelante, Daniela se mueve de lugar, renunciando al laboratorio para buscar hacer algo que a ella le interesara, ya no por tratar de satisfacer a alguien más. Se presenta a continuación un fragmento de la sesión en donde habla de esta renuncia.

Sesión del 31 de enero de 2012

Paciente: Ya renuncié al laboratorio.

Terapeuta: Qué bien.

Paciente: ¡sí! (pone cara contenta). Hablé ayer con el doctor y le dije que ya no quería ir, bueno, le dije que ya no podía, porque ya no quería... y me dijo que no había problema, que no pasaba nada, que solamente dejara las cosas ordenadas, que era algo que yo ya sabía, y ya fue todo. Le dije que no me gustaba la investigación, que me gustaría ser maestra, y me dijo que qué bueno que tenía algo que me gustara; y hoy creo que va a ser el último día que voy.

Un tiempo después, Daniela comienza a trabajar como maestra en una secundaria, impartiendo clases de su área, lo cual dice que la hace sentir muy bien. A pesar de que llegó a pensar en que su padre seguramente se decepcionaría por no seguir por la línea que tenía trazada anteriormente, decidió seguir adelante con la búsqueda de su propia realización profesional, lo cual está relacionado con la cuestión de las relaciones de pareja que se trabajará en la siguiente subcategoría. Esto es algo que la ayudó a buscar también otro tipo de relación en donde pudiera vivir experiencias placenteras, renunciando al hombre idealizado.

b) El comienzo de una relación de pareja

Este aspecto resulta de gran importancia en cuanto al avance de Daniela en el tratamiento. Daniela empezó a fijarse en otros chicos; estuvo saliendo con dos: uno que

era amigo de Enrique, y otro que le presentó una amiga de la carrera. Daniela empezó a enamorarse del segundo, Alonso, y comenzaron a salir. A continuación se exponen algunos fragmentos de sesiones en donde aparece esto.

Sesión del 16 de agosto de 2011

Paciente: He estado saliendo con Alonso, y me la he pasado muy bien. Es una persona normal [se ríe]. Como que es muy simple, muy transparente; me dice que le gusto, no anda con rodeos. Hace lo que dice y piensa, o sea, es coherente, no como otros, como Enrique y Arturo [su ex novio], que dicen que me quieren, que les gusto y luego no hacen nada, no lo demuestran, o que no les gusto y ahí andan. Me la he pasado muy tranquila con Alonso, no siento que me esté juzgando ni nada; me habla de él, de su familia, lo que le gusta hacer, pero nunca me habla de trabajo, escuela, cosas estresantes, y eso me gusta, y tampoco él me pregunta acerca de en qué voy a trabajar, si voy a hacer maestría, en qué la quiero hacer, etc. Como que puedo ser yo, porque lo otro se me hace muy estresante, como muy presionante.

Terapeuta: ¿y quién sí te presiona?

Paciente: mis amigas Alicia y Claudia. Ellas siempre están hablando acerca de qué maestría quieren estudiar, sobre todo Alicia; es muy acelerada, y Claudia siempre anda buscando becas, me manda

información y me pide información de las becas que yo conozco, pero no le sirven las mías ni a mí las de ella, por la carrera.

Alonso como que no busca a alguien que esté siempre buscando cosas profesionales, a alguien muy inteligente.

Terapeuta: ¿Tú te consideras alguien inteligente?

Paciente: Pues, normal. Bueno, sí me interesa mucho la escuela, igual que a mi familia, somos ñoños, pero no soy un genio. Alonso es alguien simple, y eso me gusta, no es estresante, lo contrario; me siento tranquila con él. Yo no sé si va a funcionar o no, pero me siento bien. El fin de semana me la pasé bien con él, bueno, no salimos, pero me sentí bien pensando en él. Me gusta eso, pero me da miedo.

Terapeuta: ¿Qué te da miedo?

Paciente: Me da miedo que me conozca, que vea que no soy simple como él, y que yo no le guste.

Terapeuta: ¿No será que tienes miedo a sentirte bien, feliz?

Paciente: No entiendo.

Terapeuta: Sí, vez que te estás sintiendo bien, y entonces empiezas a pensar en cómo sentirte mal, que si pasa esto, que si me va a conocer que no soy simple como él, etc. ¿Te hace sentido?

Paciente: Sí. Eso suena como que estoy bien loca.

Terapeuta: Así pasa cuando uno entra en contacto con cosas de uno mismo que eran inconscientes.

Paciente: Inconscientemente tal vez sí, conscientemente no, suena tonto.

Daniela parece estar contenta con Alonso, quien no siente que le esté exigiendo ser de determinada manera, tener logros profesionales, etc., sino que parece buscarla por otras cosas. Daniela cree que si él la llega a conocer, le va a dejar de gustar, como si le estuviera sacando la vuelta a vivir una relación satisfactoria, es decir, como si le diera miedo salir de esa insatisfacción en la que permanecía, dándole lugar a su deseo y experimentando cosas placenteras. Algo importante es que Daniela parece encontrar sentido a las interpretaciones y señalamientos que le hago. En el fragmento de sesión que se muestra a continuación, aparece material relacionado con lo anterior, y además, aparecen los papás como interdictores de la ley, es decir, como un superyó externo que le decía que el hacer cosas placenteras, como jugar, era sinónimo de ser irresponsable; entonces, Daniela se siente culpable cuando comienza a experimentar placer.

Sesión del 18 de agosto de 2011

Paciente: [Sonríe, permaneciendo un momento en silencio].

Terapeuta: ¿Qué pasó?

Paciente: Es que no tengo nada qué contar, no ha pasado nada.

Terapeuta: puedes hablar de cualquier cosa que pase por tu cabeza.

Paciente: Mmm... Alonso [se ríe]. Últimamente batallo para dormir; nunca me había pasado. También se me quita el hambre. Antes me podía dormir a cualquier hora, en la tarde, noche, en la mañana, pero ahora no puedo. Estoy piense y piense en Alonso.

Terapeuta: ¿te estás enamorando?

Paciente: sí [sonríe]. Suena muy fuerte.

Me la he pasado bien hablando con él y pensando en él. Pero me da miedo; o sea, me pongo a pensar mucho en lo que pueda pasar, en que a lo mejor me estoy emocionando de más, creo que no debo estar así.

Paciente: parece que no te permites disfrutar, como si estuviera mal sentirte bien.

Paciente: sí, siento como que algo está mal.

Terapeuta: sí, pareciera como si alguien te hubiera castigado antes por hacer algo que te gusta.

Paciente: mmm... Me acordé de que mi mamá, de chiquita se quejaba porque quería irme a jugar con una amiga, en kínder. Se quejaba con mi papá, decía: ¿por qué esta niña siempre quiere ir a jugar? Y creo que no tiene nada de malo querer jugar, que un niño

quiera jugar. Como que mis papás me enseñaron que eso era como ser irresponsable. Es que, como con Alonso, pienso mucho las cosas cuando veo que por otro lado no pasa nada de lo que pensé que podría pasar, y Alonso no me da motivos para estar insegura, y me cansa pensar.

Terapeuta: como si al sentirte bien te castigaras mediante el hecho de estar piense y piense, hasta que logras sentirte mal.

Paciente: sí, me suena.

Terapeuta: tal vez podrías intentar dejarte llevar o no pensar tanto.

Paciente: pienso que si me dejo llevar es como ser irresponsable.

En este momento es pertinente retomar el tema de la castración. Este es un eje central en la estructuración del psiquismo de la paciente. El padre parece no haberse mantenido en una postura sólida en cuanto a la no satisfacción de la demanda de su hija, ya que se muestra seductor en varias ocasiones, lo que, como ya se había comentado, resulta para Daniela un motor para la fantasía. Esta seducción se ha manifestado por medio del hecho de alabar de alguna manera la habilidad de su hija para las ciencias y las cuestiones tecnológicas y la expresión de su deseo acerca de que alguna de sus hijas estudiara medicina o algo que se relacionara de alguna manera.

El fantasma edípico resurge en la edad adulta, y es entonces en el actuar cotidiano del paciente que nos damos cuenta de cómo se encuentra respecto de su

complejo de Edipo y la lógica de la castración. La seducción del padre hacia la paciente no sólo tiene un efecto en el aspecto académico y laboral, sino también en el ámbito de las relaciones de pareja; recordemos que Daniela estuvo enamorada de Enrique durante nueve años sin que se concretara una relación de noviazgo, lo cual fue el motivo de consulta. Este chico seducía a Daniela, como se ha mencionado antes, buscando su compañía, pidiéndole consejos, platicándole sus cosas, y cuando ella le preguntaba acerca de cuál era su situación, es decir, si eran novios o si él buscaba eso, él respondía que no, que él no la veía como pareja; sin embargo, tampoco le dijo qué pensaba él que eran. Nunca se definió abiertamente el tipo de relación que sostuvieron, lo cual mantenía a la paciente en una incertidumbre que favorecía la fantasía y que mantenía en suspenso la satisfacción del deseo.

En el transcurso del tratamiento, Daniela fue haciendo movimientos psíquicos en torno a la castración y, en general, al complejo de Edipo. Con respecto a Enrique, lo empezó a ver cada vez menos perfecto, es decir, comenzó a ver cosas negativas en él; una de ellas es que él no parecía querer comprometerse con una relación, otra es que vio como si Enrique actuara de una forma egoísta, es decir, que buscaba únicamente un beneficio para él al buscar a Daniela para platicar, salir una que otra vez, pedirle consejos, etc., y no parecía interesarse por ella, por saber qué es lo que ella buscaba, y en el caso de percatarse de ello, no parecía querer hacer el intento por satisfacerla.

Un aspecto importante es que Daniela intentó alejarse de Enrique en varias ocasiones, con la idea de poder buscar a alguien con quien sí pudiera concretar una relación de noviazgo; sin embargo, éste la buscaba poco tiempo después de que ella se alejaba. Esto parece que la paciente lo vivía como la seducción del padre; era algo que

se repetía una y otra vez, hasta que decidió hacer algo distinto: no seguir con el juego de seducción con Enrique y comenzar a buscar otro tipo de relación que le resultara más placentero.

Lo que posibilitó que Daniela se moviera de lugar fue el trabajo que estuvo haciendo en el análisis. La paciente no había asumido del todo la castración, lo que se puede ver cuando parecía que ella quería tenerlo todo y no elegía una sola cosa; quería satisfacer al padre y a la vez quería hacer lo que a ella le interesaba académica y profesionalmente hablando, y quería tener el amor de su padre y el amor de otro hombre. Al conocer a Enrique, quien tenía ciertas características que se asemejaban de alguna manera a las características que Daniela veía en el padre, resurge el fantasma edípico; el padre no satisfacía del todo la demanda de amor de su hija, pero parecía dejar una puerta abierta, parecido a lo que ocurría con Enrique. Ella misma, conforme al descubrimiento de su inconsciente en torno a esto, ha ido posicionándose de una manera distinta ante la castración, renunciando a la búsqueda del amor del padre, esa figura idealizada, sin defectos, y comenzando a buscar a una persona que podríamos llamar “real”, con aspectos positivos y negativos.

La paciente pudo voltear a ver a Alonso, el chico que conoció por medio de su compañera de clases, como objeto de amor, al cual invistió libidinalmente. A continuación se presenta un fragmento de sesión en donde Daniela habla acerca del comienzo de esta relación con Alonso.

Sesión del 30 de agosto de 2011

Paciente: Perdón, me quedé dormida. Aplazaba la alarma del despertador. Ya ando con Alonso. Mi hermana se enojó conmigo porque no le dije que ya andaba con él y lo puse primero en Facebook. Me siento bien mal; yo creo que no le hice nada malo. Ella me había pedido que le dijera a ella primero, pero no sé, luego luego me dieron ganas de ponerlo en Facebook, estaba muy contenta. No sé porqué eso no lo puede entender mi hermana; hace mucho que no me sentía tan feliz. Fueron casi nueve años de sufrir por Enrique, y aunque tuve otros novios, no era lo mismo. [Comienza a llorar]. Mi hermana, en vez de ponerse contenta por mí se enoja. No entiendo.

Terapeuta: Me dices que estás contenta, te molestas porque tu hermana no se pone contenta, pero no pareces estar contenta.

Paciente: sí estoy contenta, pero me siento triste porque mi hermana se enojó. Pero creo que no le hice nada malo, sólo que quise que todos supieran que estaba muy feliz porque ya ando con Alonso, no porque no quisiera que ella supiera primero.

Aquí Daniela se muestra ambivalente; parece sentirse contenta por haber empezado una relación con Alonso, y por otro lado, parece triste, y aunque esa tristeza es de modo manifiesto en relación con su hermana, pudiera ser producto de cierta angustia ante el inicio de algo nuevo en torno a la satisfacción amorosa.

Por otro lado, Daniela ha mencionado que Alonso se ha mostrado inseguro de su amor a causa de las diferencias en algunos gustos; ella dice que estas diferencias no hacen que él le deje de gustar. En seguida se presentan fragmentos de dos sesiones en donde aparece esto.

Sesión del 3 de septiembre de 2011

Paciente: Alonso me dijo por chat el domingo que no sabía si era buena idea o no estar juntos, porque a él le gusta mucho el campo y a mí no, pero le dije que era algo a lo que me podía adaptar, que tampoco era algo que no soportaba. Se me hizo raro que me dijera eso, si todo iba muy bien, yo me siento tranquila con él. Pero me dijo que andaba algo tomado. Él es bien honesto, muy transparente. Se le nota todo, si está enojado, si algo no le gusta, etc.

Sesión del 20 de octubre de 2011

Paciente: Alonso otra vez me sacó lo de que piensa que no lo voy a querer porque es vaquerito. Cumplió años este fin de semana pasado e hizo fiesta con sus amigos. Él siempre usa sombrero en su cumpleaños, pero esta vez no, y sus amigos le decían que porqué; ellos sí traían sombrero, bueno, algunos. Le pregunté que si era por mí y me dijo que no, al principio, pero cuando le volví a preguntar me dijo que sí, que pensaba que yo ya no lo iba a querer. Pero no es cierto, a mí sí me gusta; no es mi hit el estilo vaquero, pero tampoco me molesta, es sólo ropa. Es que él andaba

borrachito, y por eso me dijo eso, porque cuando no toma no me dice nada de eso, todo marcha bien.

Sus amigos lo quieren mucho, eso es bueno.

Terapeuta: ¿bueno? ¿Porqué dices que es bueno?

Paciente: porque eso quiere decir que es una buena persona, bueno, es un indicador.

Terapeuta: ¿Desconfías entonces de que sea buena persona?

Paciente: no, pero eso lo confirma, y me gusta que lo quieran. Y no van a querer a una persona que no es buena. Pero no sé por qué se pone así, nunca le he dicho que no me gusta, al contrario, le digo que me gusta mucho, que estoy muy contenta con él.

Daniela parece poder distinguir aspectos que no le gustan de Alonso; ya no es ese hombre perfecto idealizado que buscaba anteriormente. Sin embargo, parece estar contenta con eso, y busca ser objeto de deseo para él.

Por otro lado, Daniela mencionó en determinada sesión que ahorita no sabe la razón por la que iba a tratamiento, lo cual parece algo positivo porque indica que Daniela ha descubierto otras cosas que no sabía de sí misma; no se limitó a trabajar con lo que ella pensaba que debía trabajar, sino que trató de seguir la regla fundamental de decirlo todo sin censurar nada en la medida en que las resistencias se trabajaban y cedían. Fueron surgiendo varias cosas en el proceso de las cuales Daniela no tenía noticia, y si bien sí se trabajó en torno al motivo de consulta como tal, se

trabajaron otros aspectos que aparecieron, como su relación con sus padres, con su hermana, con sus amistades, así como el aspecto profesional. En el siguiente fragmento de sesión aparece algo con respecto a esto, al decirle a Alonso que estaba yendo a tratamiento:

Sesión del 8 de octubre de 2011

Paciente: El domingo salí con Alonso. Le dije que venía a terapia, y como que no le gustó la idea. Me preguntó que porqué venía, y ya no sé porqué vengo. Empecé a venir por Enrique, pero ahorita ya no sé. Bueno, no le dije que por Enrique explícitamente, pero Alonso me preguntó que si era por un exnovio. Y pues no es mi exnovio, nunca anduvimos, pero sí fue algo, un tipo de relación; pero le dije que eso ya había quedado atrás. [...]De hecho, salió porque él me comentó que le gustaría ir a terapia, y yo le dije: “yo ya voy a terapia, y sí ayuda”.

En la misma sesión, Daniela habló acerca de su preocupación por no agradarle a su novio, por no “hacer las cosas bien”. Dice que no le salen las cosas bien, en contraste con otra mujer que aparece en su discurso, lo cual refleja la identificación y la rivalidad con las otras mujeres, así como su intento por ser el objeto de deseo de él.

Paciente: Va a cumplir años Alonso la próxima semana y no sé qué regalarle. Me estresa mucho eso. Le pienso hacer un pastel, pero nunca me salen bien, y me da miedo que no me salga bien. No le quiero regalar algo feo, que no sepa bien. Es como los

experimentos en el laboratorio; muchas veces no me salen, no me salen bonitos.

A la que está como encargada, que es como mi supervisora, le salen siempre muy bonitos los experimentos, y yo sigo los mismos pasos y no me sale bonito, se ve muy feo.

Terapeuta: ¿Bonito? ¿De qué experimento hablas, cómo es?

Paciente: Ah, de proteínas, unir diferentes sustancias. Entonces me siento mal porque estoy perdiendo el tiempo, pero hasta ahora no me han regañado, porque sí me gasto varios reactivos en repetir los experimentos hasta que salgan, pero no me han dicho nada.

Bueno, casi siempre, últimamente tengo o pienso en un plan b, que hago a la par del primer experimento por si éste no sale.

Terapeuta: ¿Temes quedar mal con Alonso? ¿No agradarle?

Paciente: Sí, bueno, es que no le quiero dar algo que sepa feo o se vea feo. No creo que le guste, pero no es algo que pueda prever.

Espero que me salga bien.

Para finalizar con esta categoría, es importante retomar un fragmento de una sesión en donde se pueden observar cambios en Daniela en torno a lo que desea, en donde parece que está encontrando nuevas formas de satisfacción.

Paciente: He estado pensando en Alonso. Él no es como los otros chavos con los que he andado o me han gustado. No es muy inteligente, está estudiando Ingeniería Civil y trabaja, pero no anda pensando en qué maestría hacer. Yo de hecho ya no me quiero ir a la maestría; tal vez después, pero ya no acabando la carrera, es decir, el próximo año, como había pensado. Yo pienso que en gran parte es por Alonso. Mis amigas Alicia y Claudia me preguntaron que si era por Alonso, y les dije que creo que sí, pero ya no me urge irme. Quiero hacer otras cosas antes, no tener qué estudiar.

Terapeuta: parece que le estás comenzando a dar lugar a tus deseos, a disfrutar de cosas que te gustan y no sólo cosas de tipo profesional, como tu relación con Alonso. Eso me parece muy positivo.

Paciente: Sí. Quiero hacer también otras cosas que no me había planteado hacer, como meterme a clases de cocina, quiero hacer pasteles, aunque suene tonto. Quiero volver a clases de idiomas y de baile, no sé, hacer eso aunque sea por un tiempo y luego ya me voy a hacer la maestría.

Terapeuta: ¿Y ya que tengas la maestría, te has preguntado qué quieres hacer?

Paciente: No sé, me gustaría dar clases en licenciatura.

Daniela parece sentirse más segura, y ha estado explorando las cosas que le gustaría hacer, con menos presión que antes. En general, Daniela ha hecho varios cambios positivos en su subjetividad, que se han visto reflejados en los distintos ámbitos de su vida, por lo menos en lo que respecta al plano de las relaciones de pareja, a la relación con su padre y al ámbito académico y profesional.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

SÍNTESIS DE LA INTERVENCIÓN CLÍNICA

En un primer momento, Daniela hablaba de la frustración que sentía por estar ligada afectivamente a Enrique por tantos años, a pesar de que éste nunca quiso establecer una relación de noviazgo con ella. A pesar de sus intentos por “superarlo”, como ella decía, seguía enamorada de él, permaneciendo en una insatisfacción constante, lo cual paradójicamente era algo que buscaba de manera inconsciente debido al peligro de vivir la satisfacción del deseo incestuoso por la angustia tan grande que sobrevendría. Enrique era el chico ideal para vivir un juego de seducción en donde había una posibilidad de que se llegara a satisfacer la demanda de amor, pero a la vez, sin el riesgo de que esto se hiciera efectivo.

Algo que posibilitó el entendimiento de lo que ocurría fue el análisis de su complejo de Edipo y de su posicionamiento frente a la castración, en donde se pudo ubicar el fantasma edípico que resurge en el presente. El análisis de la relación de Daniela con su padre y de sus fantasías infantiles posibilitó que se hiciera consciente su deseo, que en un principio buscaba que permaneciera insatisfecho, y que después, al buscar asumir la castración, pudo moverse y colocarse de manera distinta ante éste, abandonando el amor de adolescente en donde Enrique estaba idealizado, y buscando un amor que se pudiera considerar como más maduro, siendo capaz de reconocer tanto los aspectos positivos como los negativos.

Por otro lado, estos movimientos subjetivos se vieron reflejados en el aspecto profesional, al abandonar la idea de satisfacer el deseo que atribuía a su padre acerca de que llegara a ser una gran científica e investigadora, y buscando lo que ella deseaba

hacer, a pesar de la posible decepción de su padre. Es entonces que Daniela se plantea nuevas opciones de trabajo: desempeñarse como maestra en una secundaria y estudiar una maestría, con miras a laborar posteriormente en una universidad como docente en el área de especialización que elija.

El análisis se vio suspendido a partir de un periodo vacacional, quedando todavía aspectos por trabajar; si bien no se concluyó el tratamiento, Daniela hizo cambios importantes que le permitieron experimentar cosas distintas, con un menor sufrimiento.

DISCUSIÓN Y CONSLUSIONES PERSONALES

En el presente caso se planteó el siguiente objetivo general: “analizar la incidencia del deseo incestuoso en la estructuración de un cuadro histérico y el papel de la insatisfacción constante como motor del deseo de la histérica”; éste fue el eje rector del presente trabajo, mismo que a mi parecer se pudo cumplir.

Asimismo, en función de dicho objetivo se establecieron las siguientes categorías de análisis: 1) “El deseo y la insatisfacción en la histeria”, compuesta por las siguientes subcategorías: a) Una larga relación ¿de pareja? Y b) Una vocación prestada; 2) “Una nueva forma de satisfacción”, cuyas subcategorías son a) Reconocimiento de la “locura” del padre y de su propio deseo y b) El comienzo de una relación de pareja. Esta organización permitió que se facilitara el análisis en el que se articulan los fundamentos teóricos planteados y el trabajo analítico.

Daniela hizo conscientes varias cosas que tienen que ver con su sufrimiento; entre ellas está el haberse dado cuenta de que la razón por la cual estaba aferrada a Enrique tenía que ver con la búsqueda del amor del padre. Había elegido a una pareja que no le respondía del todo, lo cual mantenía al deseo en movimiento, y a su vez, esto garantizaba que el deseo incestuoso no se llegara a satisfacer, ya que le resultaría algo muy angustiante.

Como se mencionó anteriormente, el análisis de su complejo de Edipo y de su posicionamiento frente a la castración fueron fundamentales, ya que así fue posible ubicar el fantasma edípico que vuelve a aparecer en el presente. Para esto, cobró gran importancia el análisis de la relación de Daniela con su padre y con otras figuras

significativas, como su madre y su hermana, y el análisis de sus fantasías infantiles. Poco a poco se fue haciendo consciente su deseo; asimismo, se trabajó su posicionamiento frente a la castración, misma que pudo comenzar a asumir. Lo anterior le permitió renunciar al amor de este chico idealizado, el cual parecía tener todo lo que ella buscaba, aunque nunca se concretó una relación de noviazgo, y posteriormente, comenzó una relación distinta, en donde encontró un tipo de satisfacción distinto, siendo capaz de reconocer tanto los aspectos positivos como los negativos y permitiéndose cada vez más vivir y disfrutar experiencias placenteras.

Asimismo, el análisis de los aspectos mencionados anteriormente le permitió a Daniela hacer movimientos en el aspecto profesional; se pudo cuestionar acerca de lo que había elegido como carrera, tanto académica como laboral, y se planteó nuevas opciones de trabajo. Pensó que le gustaría trabajar como maestra; empezó a laborar en una secundaria y refirió sentirse contenta con eso; sin embargo, comentó que le gustaría trabajar posteriormente en una universidad como docente.

Uno de los aspectos que hubiera sido importante trabajar, en el caso de haber continuado con el tratamiento, es la transferencia y el papel que ésta juega en las elecciones que hace la paciente en torno al ámbito profesional; es posible que su interés por ser maestra en licenciatura tuviera relación con el hecho de tener noticia de que su terapeuta trabajaba como docente en dicho nivel académico. Esto tiene que ver con el papel de la identificación de la histérica con las figuras femeninas, y puede ser que al renunciar a la satisfacción del deseo de su padre por que se convirtiera en científica e investigadora, comenzara a tomar el ejemplo de mujeres a las que tal vez atribuye un saber con respecto a lo que es ser mujer.

Siguiendo con la lógica de la identificación con las figuras femeninas, llama la atención que la madre aparece relativamente poco en su discurso; sin embargo, sí aparecieron algunas cosas interesantes a este respecto, que sin embargo, no fueron incluidas en el análisis debido a la limitación a cierto número de objetivos, decisión que fue tomada en función de poder cumplir con éstos de la manera más completa posible.

En el presente caso tuve la oportunidad de poner en práctica la escucha analítica, que me resulta un aspecto de gran complejidad, necesario para poder trabajar con el inconsciente del paciente. Algo que pienso que es fundamental para ejercitar esta escucha es el propio proceso de análisis, en donde el analista en formación comienza en determinado punto del proceso a escuchar su propio inconsciente, lo cual permite que podamos escuchar el inconsciente de los pacientes.

Retomando algunas ideas de Freud acerca de las construcciones en el análisis, me parece importante pensar al analista como un arqueólogo que, junto con el paciente, va rescatando piezas del pasado; son vestigios que van surgiendo con los cuales se va construyendo y encontrando el sentido de aquello que ha permanecido oculto, que sin embargo sigue produciendo retoños en el presente. Siguiendo esta idea, el analista “lo es” en algunos momentos, en los que aparecen elementos del inconsciente y el analista es capaz de escucharlos.

Mi experiencia en esta maestría ha sido satisfactoria y de gran importancia para mi formación, ya que me permitió iniciar en este camino del psicoanálisis, teniendo la oportunidad de conocer distintas líneas teóricas. Asimismo, fue de gran valor la oportunidad de tener práctica clínica en la Unidad de Servicios Psicológicos de esta

institución universitaria, contando con espacios suficientes de supervisión con distintos maestros del presente programa de maestría.

Estoy segura de que la formación como psicoanalista requiere de tiempo, dedicación y esfuerzo; asimismo, como lo plantea Freud, es indispensable el análisis propio, la práctica clínica, la supervisión y los seminarios teóricos. Sin embargo, dada mi aspiración a formarme como analista, pienso que estoy siguiendo un proceso personal que continúa ahora más allá de la institución oficial, siguiendo las cuatro condiciones mencionadas anteriormente. Manifiesto mi satisfacción con el programa de maestría cursado y mi sincero agradecimiento a los profesores y supervisores con los cuales tuve la fortuna de trabajar.

REFERENCIAS

- Breuer, J., & Freud, S. (2000). Estudios sobre la histeria. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1893).
- Freud, S. (2000). La interpretación de los sueños. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1900).
- Freud, S. (2000). Tres ensayos de teoría sexual. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (2000). Proyecto de Psicología para neurólogos. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).
- Freud, S. (2000). Las teorías sexuales infantiles. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1908).
- Freud, S. (2000). Un tipo especial de elección de objeto en el hombre. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1910).

- Freud, S. (2000). Recordar, repetir y reelaborar. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (2000). Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1915).
- Freud, S. (2000). Lecciones de introducción al psicoanálisis. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado entre 1916 y 1917).
- Freud, S. (2000). Psicología de las masas y Análisis del yo. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1921).
- Freud, S. (2000) El yo y el Ello. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (2000). La organización genital infantil. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1923).
- Freud, S. (2000). El sepultamiento del complejo de Edipo. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1924).

- Freud, S. (2000). Algunas consecuencias psíquicas de la diferencia anatómica entre los sexos. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1925).
- Freud, S. (2000). Inhibición, síntoma y angustia. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1926).
- Freud, S. (2000). Sobre sexualidad femenina. (Trad. J. L. Etcheverry). En S. Freud (Ed.), *Sigmund Freud Obras Completas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1931).
- Green, A. (2006). *El complejo de castración*. Argentina: Paidós.
- Kauffman, P. (1996). *Elementos para una enciclopedia del psicoanálisis. El aporte freudiano*. Argentina: Paidós.
- Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (2008). *Diccionario de Psicoanálisis*. En F. Gimeno (Trad.). México: Paidós. (Trabajo original publicado en 1967).
- Nasio, J. D. (2005). *El dolor de la histeria*. Argentina: Paidós.
- Pérez, G. (1998). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes. I. Métodos*. España: La Muralla.
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la Real Academia Española. Vigésima segunda edición*. Recuperado de <http://lema.rae.es/drae/?val=reminiscencia>

Rodrigué, (1996). Sigmund Freud, El siglo del Psicoanálisis. *Capítulo XV: Breuer, maestro secreto de la histeria*. Volúmen I. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana.

Roudinesco, E., & Plon, M. (1998). *Diccionario de psicoanálisis*. Argentina: Paidós.